

1840-95096
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 564

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1904 à 1 heure

INCONTINENCE D'URINE

ET DES

MATIÈRES FÉCALES

DANS LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

PAR

Le D^r Marcel CANTONNET

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. GAUCHER. *Professeur.*

Juges	{	MM. LETULLE,	{	<i>Agrégés.</i>
		WIDAL,		
		BROCA (ANDRÉ).		

PARIS

IMPRIMERIE HENRI JOUVE

15 Rue Racine

1904

36834

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M. DEBOVE.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	{	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	{	GAUCHER.
Clinique ophtalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....		RAYMOND
Clinique d'accouchements.....		TILLAX.
Clinique gynécologique.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....		TERRIER.
		BERGER.
		D ^r de LAPERSONNE.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THOINOT.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	WALTHER.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DUPRÉ.	LEGRY.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ERNEST GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté
de médecine de Paris

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pendant le séjour que nous avons fait comme externe à l'hôpital Hérold (Enfants malades), il nous fut donné de voir le cas d'un enfant atteint d'incontinence d'urine et des matières fécales et nettement entaché de syphilis héréditaire, dont les troubles sphinctériens furent notablement améliorés par le traitement anti-syphilitique. Il nous a paru intéressant de rechercher si l'incontinence d'urine si fréquente chez les enfants et souvent si rebelle à tout traitement n'était pas intimement liée dans certains cas à la syphilis héréditaire, par quel mécanisme et consécutivement à quelles lésions elle apparaissait, si elle était associée dans ce cas à certains signes cliniques particuliers, quel bénéfice enfin il était possible d'attendre du traitement spécifique.

Mais avant d'entrer plus avant dans ces considérations qui ont fait l'objet de cette modeste thèse, nous devons remplir un devoir bien doux en remerciant tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous conservons le meilleur souvenir des quelques mois passés dans le service du Dr Lucas-Championnière à l'hôpital Beaujon.

Nous avons eu la bonne fortune de passer près d'une année dans le service si actif de M. le professeur Terrier à l'hôpital Bichat ; nous n'oublierons jamais les bons conseils de notre maître et nous le remercions bien vivement d'avoir fait notre éducation chirurgicale. Que son assistant, M. le Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux, reçoive également l'assurance de notre plus profonde reconnaissance pour les bonnes leçons qu'il nous prodigua, ainsi que pour la bienveillance qu'il témoigna toujours à notre égard. Nous ne devons pas oublier non plus nos deux anciens internes, Messieurs les professeurs agrégés Cunéo et Gosset, qui furent pour nous de véritables amis en même temps que d'excellents maîtres.

M. le Dr Talamon, médecin de l'hôpital Bichat, voulut bien nous enseigner les principes de la clinique médicale, nous l'en remercions bien sincèrement.

Ce fut un grand honneur pour nous de passer notre première année d'externat chez M. le professeur Pozzi, professeur de clinique gynécologique dans son service modèle de Broca-Pascal. Nous n'oublierons jamais les excellentes leçons qu'il nous a données, ainsi que ses distingués collaborateurs, Messieurs les Drs Jayle et Beaussenat.

M. le Dr Picqué, chirurgien de l'hôpital Bichat, voulut bien nous donner une place d'externe ; nous l'en remercions vivement, ainsi que M. le professeur agrégé Mauclair dont nous n'oublierons jamais les causeries si intéressantes au lit des malades.

Notre seconde année d'externat fut malheureuse-

ment troublée par la nomination de notre Maître, le professeur Gaucher, à la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis. Nous ne saurions cependant oublier Messieurs les docteurs Sergent, Barbe et René Marie et nous les remercions de l'intérêt qu'ils voulurent bien nous porter.

Dans notre dernière année d'externat, M. le Dr Barbier nous enseigna à l'hôpital Hérold la clinique médicale infantile ; nous le prions de vouloir bien accepter nos remerciements, ainsi que M. le professeur agrégé Albarran, qui nous fit l'honneur de nous accepter dans son service.

Nous remercions M. le Dr Auvard, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, de nous avoir enseigné les principes de l'obstétrique, ainsi que son assistant, M. le Dr Brindeau.

Il nous semble bien difficile enfin de remercier M. le professeur Gaucher autant que nous voudrions pouvoir le faire. Il n'a cessé de nous faire profiter de ses excellentes leçons à l'hôpital Saint-Antoine pendant le temps malheureusement trop court que nous avons pu passer dans son service. Il a été pour nous un maître dont la bienveillance ne s'est jamais démentie et nous n'avons trouvé auprès de lui que d'amicaux et réconfortants conseils. C'est dire la lourde dette de reconnaissance contractée à son égard. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre plus profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Après quelques mots d'historique, nous étudierons l'étiologie et le mécanisme, suivis d'un léger aperçu d'anatomie pathologique. Nous étudierons ensuite, en nous basant sur nos observations et sur celles que nous avons pu trouver sur cette question, les symptômes. Puis nous verrons comment on peut faire le diagnostic. Enfin après avoir cherché quel est le pronostic que cette affection comporte et comment il faut la traiter, nous essaierons de tirer de ce modeste travail quelques conclusions, qui, nous l'espérons, pourront aider un peu à l'étude de cette lésion syphilitique.

HISTORIQUE

Bien que la coexistence de l'hérédo-syphilis et de l'incontinence de l'urine et des matières fécales ait été signalée depuis assez longtemps par les auteurs et soit observée fréquemment, nous n'avons pu trouver qu'un nombre très restreint de travaux sur cette question. Celle-ci se rattache d'ailleurs au problème beaucoup plus vaste de la syphilis médullaire héréditaire, dont elle n'est en réalité qu'une branche accessoire, et il nous suffira de citer les deux auteurs suivants pour prouver que nous sommes ici à peine sortis encore du domaine de l'hypothèse :

1°) En 1889, Siemerling dit que nous ne sommes pas en droit de parler jusqu'ici de syphilis héréditaire purement spinale (1).

2°) Il y a 4 ou 5 ans encore, un manuel classique contenait ces lignes :

« La syphilis héréditaire attaque rarement la moelle (2) ».

Dès 1860, cependant, deux médecins anglais, Hut-

(1) Siemerling. *Zur Lehre von der Congenitalen Hirn und Rückensmarks Syphilis*, 1889.

(2) Debove et Achard. *Manuel de médecine*. Tome III. Page 513.

chinson et Jackson (1), signalaient le cas d'un jeune homme de 18 ans syphilitique héréditaire atteint de paraplégie avec troubles sphinctériens améliorés notablement par le traitement antisypilitique.

En 1885, Remak cite deux cas d'incontinence sans traitement ni résultats connus, mais avec coexistence de troubles moteurs et d'hérédo-syphilis (2). Jasinski en 1891 parle d'un cas d'incontinence des sphincters avec paraplégie, contracture et anesthésie amélioré par le traitement mercuriel (3). Deux ans plus tard, en 1893, Friedmann guérit par le même moyen deux cas d'incontinence d'urine avec paralysie spasmodique des membres inférieurs (4).

En 1894 Sottaz publie sa thèse sur les paralysies spinales syphilitiques sans cependant insister sur la syphilis médullaire héréditaire (5). Mais il faut arriver à l'excellent travail de Gilles de la Tourette pour avoir une bonne description de cette affection (6), reprise bientôt par Gasne, qui vient apporter de nouveaux détails dans sa thèse (7) (1897) et nous pourrons trouver dans ces deux travaux quelques cas nous intéressant améliorés par le traitement spécifique.

Edmond Fournier en 1898 constate la coexistence

(1) Hutchinson et Jackson. *The medical Times and Gazette*. 1860.

(2) Remak. Berlin. *Klin-Waschensch*, 1885.

(3) Jasinski. Ueber syphilitische Erkrankungen der Wirbersäule. Dans *Arch. fur Dermat. und Syphil.* 1891.

(4) Friedmann. *Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde*. 1893.

(5) Sottaz. *Paralysies spinales syphilitiques*. Thèse de Paris. 1894.

(6) Gilles de la Tourette. *Syphilis héréditaire de la moelle épinière*. Dans *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. 1896.

(7) Gasne. *Syphilis médullaire héréditaire*. Thèse de Paris. 1897.

fréquente des troubles sphinctériens avec la syphilis héréditaire (1). La même année enfin Beaudoin dans une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie laisse pressentir une influence de la syphilis héréditaire sur un cas d'incontinence d'urine accompagné d'hérédo-syphilis présenté par lui (2).

(1) E. Fournier. *Stigmates de l'hérédo-syphilis*. Paris, 1898.

(2) Beaudoin. *Archives de Dermatologie et Syphiligraphie*. 1898.

ETIOLOGIE

Au point de vue étiologique une première question se pose immédiatement : c'est celle de la fréquence. Les troubles que nous étudions se présentent-ils fréquemment ? Assurément il nous est impossible de répondre par l'affirmative puisque, malgré toutes les recherches auxquelles nous nous sommes livrés, nous n'avons pu trouver que 22 cas de cette affection. Voici cependant quelques points intéressants.

Dans l'année que nous avons passée comme externe à l'hôpital Hérold, pendant une partie de laquelle nous fûmes spécialement chargés du service de la consultation, il est venu 4.385 enfants consulter. Soixante-et-onze d'entre eux étaient amenés pour incontinence d'urine et des matières fécales. Sur ces soixante-et-onze enfants, que nous avons tous examinés minutieusement, nous n'avons pu trouver des symptômes nets d'hérédosyphilis que sur cinq d'entre eux.

Si nous établissons une proportion d'après ces chiffres de statistique, nous trouvons une moyenne légèrement supérieure à 7 p. 100, exactement 7,04 p. 100. Cette proportion ne portant que sur une seule année ne saurait toutefois présenter une valeur bien grande

et nous n'avons cru devoir donner ces chiffres qu'à titre de simples renseignements.

Il est toutefois probable que la fréquence de ces troubles est plus grande qu'on ne le pense, si l'on s'en rapporte à Gasne qui sur 26 fœtus nés de parents syphilitiques a trouvé 4 fois des lésions profondes, 10 fois une congestion vasculaire généralisée constamment accompagnée de lésions particulières permettant de rapporter cet état au processus syphilitique et 7 fois des lésions intermédiaires. Ces chiffres prouvent évidemment que la syphilis héréditaire médullaire passe souvent inaperçue.

Le sexe qui nous semble le plus souvent affecté est le sexe masculin. Sur les cinq cas qu'il nous a été donné d'observer, nous trouvons en effet quatre garçons et une seule fille et sur le chiffre total des observations que nous publions (22), nous notons, à part cinq cas où le sexe n'est pas précisé, dix cas s'appliquant à des personnes du sexe masculin, et sept cas s'appliquant à des personnes du sexe féminin. Il semble donc bien d'après ces chiffres que le sexe masculin est plus fréquemment atteint, de même que dans la syphilis acquise, la moelle est plus fréquemment lésée chez l'homme, tant il est vrai que la syphilis héréditaire rappelle dans ses formes cliniques celles de la syphilis acquise.

L'époque de la vie où ce trouble se présente le plus constamment est la seconde enfance et l'adolescence. C'est ce qui explique pourquoi nous avons ajouté l'épithète tardive au mot syphilis dans le titre de cette

thèse. Bien que nous ayions trouvé des cas où l'infirmité existe depuis la naissance, nous voyons en effet que la plus grande majorité de nos malades sont atteints entre 4 et 20 ans. Nous devons cependant signaler 6 cas après la vingtième année. Un cas même est tout à fait tardif : les troubles y font leur apparition à l'âge de 48 ans. Nous résumons ces chiffres dans le tableau suivant.

AGE	NUMÉROS des OBSERVATIONS	NOMBRE
A la naissance	II, III, XIV, XVI	4
De 1 à 4 ans	XV, XX	2
De 4 à 5 ans	VII, XXI	2
A 7 ans	IX	1
A 8 ans	XXII	1
A 9 ans	IV, XVIII	2
A 13 ans	XIX	1
A 18 ans	VI, X	2
A 19 ans	XII	1
A 35 ans	XI	1
A 48 ans	VIII	1
A un âge avancé (?)	XIII	1
Inconnu	I, V, XVII	3

Deux grandes causes sont surtout importantes dans ce chapitre étiologique.

1^o L'hérédité nerveuse ; 2^o les malades sont des dégénérés.

1^o *Les malades sont entachés d'hérédité nerveuse.* — L'hérédité nerveuse est un état de réceptivité tout particulier vis-à-vis des affections nerveuses créé par

l'existence de névropathies diverses chez les ascendants ; cette influence ne saurait être contestée. Nous voyons en effet que sur 22 cas observés, elle se retrouve nettement dans 6 d'entre eux. Le père de la fillette qui fait le sujet de l'observation n° IV meurt de syphilis cérébrale ; la mère du jeune Georges L. . . (Observation n° XIV) est très nerveuse et était sujette dans sa jeunesse à des pertes fréquentes de connaissance. Dans l'observation n° XV le père est un névropathe ; la mère de notre n° XVI a de fréquentes syncopes d'origine évidemment nerveuse. Le père de l'enfant qui fait le sujet de l'observation n° XIX est atteint de tabes. Celui du n° XX enfin est épileptique et alcoolique.

Il est probable que nous aurions rencontré ce facteur dans bien des cas, où il a passé inaperçu. Ici en effet comme partout en pathologie, la question du terrain est de première importance et nous ne saurions nier, ici comme ailleurs, la localisation du processus morbide sur tout *locus minoris resistentiæ*.

2°. *Ce sont des dégénérés.* — Voici un second facteur non moins important dont nous trouvons une description si précise dans le travail d'Edmond Fournier. Bornons-nous à signaler simplement ici cette dégénérescence tant physique que morale et intellectuelle, au sujet de laquelle nous reviendrons au chapitre des symptômes.

Syphilis des parents. — La question de savoir si la date de la syphilis des parents et le traitement qu'ils

ont pu suivre ont une influence sur l'existence et la marche des troubles que nous étudions est encore inconnue. Il faut en effet accorder peu de confiance aux réponses des parents des sujets en observation ; d'autre part la syphilis méconnue est relativement fréquente. Notons cependant que dans l'observation n° III le père et la mère étaient syphilitiques de même que dans les observations IV, XVI, XVIII ; ce qui semblerait indiquer, vu que ces cas sont parmi les plus graves, que l'intensité de l'infection paternelle et maternelle à la fois exerce peut-être une certaine influence sur la gravité de l'affection.

Quant au traitement suivi par les parents, il est probable également que d'un couple infecté, mais traité consciencieusement, naissent des enfants ayant moins de chance de présenter des troubles, que de deux époux spécifiques mal ou non traités, comme dans l'observation n° IV, dont la terminaison fut fatale.

Moment où l'enfant a été conçu. — Cette question ne saurait présenter aucun intérêt, car dans un cas seulement nous avons des renseignements précis (Observation n° III) et nous ne saurions baser aucune considération sérieuse sur une seule et unique observation.

Accidents antérieurs. — Tous les malades observés ont tous présenté, soit simultanément, soit auparavant des accidents nettement imputables à l'hérédo-syphilis, déformations osseuses et dentaires, éruptions croûteuses ou papulo-croûteuses, pemphigus, etc., acci-

dents au sujet desquels nous reviendrons au moment des symptômes.

Dans un cas enfin, le traumatisme semble avoir réveillé l'affection latente : l'enfant qui fait le sujet de l'observation n° XVIII a vu ses troubles sphinctériens apparaître à la suite d'une chute sur l'occiput.

Maintenant que nous avons étudié les principaux facteurs étiologiques de la question, nous devons rechercher si la coexistence des troubles de la miction et de la défécation est fréquente, dans quelles proportions ces deux phénomènes pathologiques sont associés, s'ils se présentent simultanément ou s'il y en a un qui devance toujours l'autre par le début de son apparition.

Nous avons observé la coexistence de la miction et de la défécation dans 9 cas (Observations n° IV, V, VI, X, XI, XII, XIII, XIV, XVIII). L'incontinence d'urine seule s'est présentée dans 13 cas (Observations n° I, II, III, VII, VIII, IX, XV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI, XXII). Sur nos cinq observations personnelles quatre ne présentaient que de l'incontinence d'urine, et une seule offrait les deux phénomènes associés. Nous devons donc en tirer cette conséquence, conforme d'ailleurs à la clinique, que le relâchement de l'orifice urétral est bien plus fréquent que celui des deux orifices urétral et anal simultanément.

Quant à l'incontinence des matières fécales même, nous n'avons jamais pu la retrouver seule ; elle était toujours associée à l'incontinence d'urine et fait impor-

tant à signaler, elle semble toujours venir après cette dernière qui la précède nettement dans les observations n° IV, X, et XVIII.

Telles sont les principales considérations auxquelles nous avons pu nous livrer sur le chapitre de l'étiologie ; elles demeurent encore bien obscures à beaucoup de points de vue. Peut-être le surmenage, les excès vénériens, l'alcoolisme jouent-ils parfois le rôle de causes occasionnelles.

PATHOGÉNIE

Avant de rechercher par quel mécanisme se produisent les troubles que nous étudions, qu'il nous soit permis de rappeler brièvement quelques notions de physiologie.

L'urine amenée par l'urètre est retenue dans la vessie au moyen d'un muscle lisse de contracture involontaire : le sphincter du col de la vessie. Ce muscle se trouve maintenu à l'état normal dans un état de tonicité par un centre médullaire placé, suivant les auteurs à divers endroits (pour Gianuzzi entre la 3^e et 5^e lombaire, pour Budge au niveau de la 4^e, etc.) Ces opinions sont assez peu d'accord, mais il n'en reste pas moins un fait certain, c'est l'existence dans la moëlle, d'un centre vésical. Il est hors de doute également que le cerveau joue un rôle dans la miction surtout par son action sur le sphincter volontaire.

A l'état normal en effet, la quantité d'urine étant arrivée à un chiffre donné, quelques gouttes forcent et franchissent le sphincter lisse et viennent impressionner la muqueuse très sensible de la région prostatique ; le sphincter volontaire se contracte par l'effet de la vo-

lonté, jusqu'au moment où par l'action de la volonté également, le besoin devenant plus pressant, il se relâche à son tour et la miction s'opère par un mécanisme sur lequel nous n'avons pas à revenir.

Le mécanisme de la défécation est analogue : à l'état normal le rectum est fermé par un sphincter lisse, doublé d'un sphincter strié volontaire ; la mise en jeu de l'arc réflexe rectal est identique à celle de la mise en jeu de l'arc réflexe vésical. Le centre est situé dans la moelle, au-dessous du centre vésico-spinal, au niveau de la 4^e pièce sacrée.

La syphilis médullaire héréditaire peut amener des troubles de ces sphincters de différentes manières :

1^o Ces troubles se produisent sous l'influence de lésions rachidiennes révélées par l'examen extérieur.

2^o Ils sont le résultat de lésions médullaires où péri-médullaires qui échappent à l'exploration.

Comme exemple du 1^{er} cas, nous citerons l'observation de Bartels (Observation n^o XIII) où l'on trouve une tumeur gommeuse au niveau des deux vertèbres supérieures ayant comprimé la moelle et l'observation de Jasinski (Observation n^o V) où l'on note deux tumeurs à la région sous-lombaire et sacrée. Remarquons dès maintenant que ce cas est le plus rare.

Les troubles du second ordre sont constitués par des lésions des méninges représentées par des gommès, infiltration diffuse, ou épaississement fibreux de ces enveloppes avec participation de la moelle également envahie par les formations pathologiques et lésions vasculaires. Nous verrons au chapitre suivant les prin-

cipales modifications pathologiques des éléments de la moelle dans ce cas.

Quoi qu'il en soit, ces lésions peuvent se présenter sous deux formes différentes, causes elles-mêmes d'une double série de symptômes :

1° Dans un premier cas, les cordons postérieurs sont envahis par les éléments de néoformation qui annihilent ainsi l'action des centres réflexes médullaires ; à cette forme est associée la diminution et même l'abolition des réflexes. Ainsi se trouve suspendue l'action exercée par ces centres sur les sphincters lisses vésical et anal, et qui tient ces muscles dans un état de tonicité tel que l'écoulement des urines ou des matières soit empêché à l'état normal.

2° La deuxième forme est caractérisée par une dégénérescence du faisceau pyramidal contenu dans le cordon latéral ; l'action modératrice du cerveau est ainsi suspendue, et dans ce cas l'incontinence est due probablement à une hyperexcitabilité réflexe de la vessie et du rectum. A cette forme sont associées l'exagération des réflexes et la contracture.

Ces deux formes peuvent d'ailleurs être associées et nous les retrouverons au chapitre des symptômes. Leur fréquence relative l'une par rapport à l'autre est à peu près la même.

Aussi se trouve constitué le relâchement des orifices uréthraux et rectaux, relâchement accompagné constamment dans le cas qui nous occupe, comme nous

le verrons plus loin, par des troubles moteurs et sensitifs dus à la myélite. Ces remarques nous permettent d'expliquer pourquoi le relâchement du sphincter anal suit celui du sphincter vésical, comme nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, la lésion ayant envahi le centre vésico-spinal, avant celui des mouvements de l'anus, situé au-dessous du précédent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons brefs sur le chapitre de l'anatomie pathologique. Nous n'avons pu en effet faire aucune autopsie de malades ; et nous n'avons pu trouver que fort peu de renseignements sur cette question.

Dans le premier cas que nous avons décrit au chapitre précédent, nous notons la structure ordinaire des gommcs syphilitiques, gommcs qui subissent la dégénérescence soit scléreuse, soit caséuse. C'est ce que nous trouvons dans l'observation de Bartels (Observation n° VIII) et dans celle de Jasinski (Observation n° V). La moelle dans ce cas est comprimée soit latéralement, soit sur ses deux faces et présente un aplatissement et une atrophie notables en-dessous du siège de la gomme qui peut croître en n'importe quel point de l'axe médullaire.

Bien plus importantes sont les lésions de la méningo-myélite. Dans cette méningo-myélite embryonnaire diffuse, nous trouvons la pie mère épaissie, envahie par des cellules rondes, adhérente à la moelle ou séparée d'elle par un exsudat sous-pié-mérien. L'arachnoïde et l'espace sous arachnoïdien sont éga-

lement pris et l'infiltration se propage le long des septa qui rayonnent dans la moelle, formant en certains points de véritables cônes de végétations intimement unis par leur base à la pie-mère. La dure-mère est parfois reliée aux os par une transformation scléreuse et se confond en certains points avec les autres méninges.

D'autres lésions sont constantes : la congestion vasculaire pouvant arriver à la rupture et à l'hémorrhagie, l'endartérite, la formation de thromboses et de foyers d'hémato-myélite pouvant amener la destruction du renflement lombo-sacré. Les cellules des cordons antérieures et des colonnes de Clarke peuvent être atrophiées ou subir la dégénérescence vitreuse ; il peut même se former des vacuoles dans les cordons.

Ce sont là les lésions de la méningo-myélite, lésions que nous pouvons résumer en quelques mots :

1° Infiltration embryonnaire des méninges et de leurs prolongements.

2° Hyperhémie, dilatation des vaisseaux.

3° Artérite, source d'oblitération et de ramollissement de tout un territoire plus ou moins étendu de la moelle.

4° Diffusion extrême de ces lésions qui envahissent au même degré la substance blanche et la substance grise.

Telles sont les principales altérations que nous pourrions trouver chez nos malades. Ce sont en somme les mêmes lésions anatomo-pathologiques, que pré-

sentent la méningo-myélite syphilitique et les gommes.

La question de la participation des nerfs est encore très obscure : peut-être y aurait-il névrite syphilitique. Aucune de nos observations n'y fait allusion.

Quant aux lésions de l'appareil urinaire ou intestinal terminal, elles sont nulles ; tout au plus pourrait-on constater une légère atrophie des sphincters, conséquence toute naturelle de leur manque de fonctionnement.

Mais ce sont en somme des lésions de méningo-myélite syphilitique que nous avons à signaler ici, lésions que nous ne pouvons pas constater au point de vue anatomo-pathologique dans la plupart des cas, et qui nous sont révélées seulement par les données de la clinique, et les renseignements qu'elle peut nous fournir.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de l'affection que nous étudions comprennent ceux des troubles sphinctériens d'abord, ceux des lésions médullaires ensuite.

Le plus souvent le malade se présente dans les conditions suivantes : un enfant, un adolescent ou même un adulte présente de l'incontinence et perd ses matières depuis la naissance, le bas âge ou une époque peu éloignée, car la date du début de l'affection semble assez variable. Remontant à la naissance dans les observations II, III, XIV, XVI, il apparaît à différents âges dans les autres observations. On a souvent essayé auparavant divers traitements qui sont tous restés inefficaces, et c'est en désespoir de cause que le malade nous est amené.

Et dès le premier abord, un ensemble de signes frappe les yeux à la simple inspection : ce sont ceux de l'hérédo-syphilis : nos petits malades sont des dégénérés. Reprenons ces signes en détail :

1° *Infantilisme*. — Les malades présentent tous une taille inférieure à la moyenne et paraissent par leur

grandeur un âge moindre que celui qu'ils ont en réalité ; c'est ainsi que dans les observations VI, VIII, XIV, etc., on note d'une façon très nette cet infantilisme et ce nanisme ; la femme citée par Gasne ne mesure que un mètre trente quatre de hauteur ; tous les enfants que nous avons étudiés à l'hôpital Hérold présentaient cet arrêt de développement.

2° *Aspect du crâne.* — Le crâne peut être atteint de toutes les déformations décrites dans l'hérédosyphilis, saillies des bosses frontales, front olympien, saillie des bosses pariétales, crâne natiforme, etc.

3° *Aspect de la face.* — L'asymétrie faciale est assez fréquente ; elle est particulièrement nette dans l'observation n° XIV ; le nez est aplati, affaissé sur lui-même les oreilles sont détachées du crâne. Le facies est parfois vieillot.

4° Les yeux présentent assez souvent un strabisme marqué, et même de l'inégalité pupillaire.

5° L'alopecie n'est pas rare.

6° Si nous faisons déshabiller notre malade, nous pourrions fréquemment observer des cicatrices pathognomoniques d'hérédosyphilis, cicatrices blanches entourées d'un cercle de coloration foncée.

7° A l'examen de la bouche, nous constatons : 1° Une voûte palatine ogivale ; 2° des déformations dentaires.

Qu'il nous soit permis de rappeler les principales déformations dentaires constatées dans l'hérédo-syphilis : microdontisme, absence des dents, dents en deux rangées, stries transversales, bord libre barbelé, abrasé, atrophie cuspidienne, dents cupuliformes, canine en tournevis, etc.

8° L'ectopie testiculaire chez les garçons, les traces de kératite et d'iritis anciennes, une vue mauvaise, une surdité parfois assez marquée constituent d'autres signes de moindre importance dont l'ensemble peut servir à éclairer le diagnostic.

Et si maintenant nous interrogeons notre malade, nous apprenons que sa mère a eu de nombreuses grossesses qui se sont fréquemment terminées par des avortements ou par la naissance d'enfants mort-nés, ou ayant succombé peu de temps après leur venue au monde. C'est ainsi que nous voyons dans l'observation XII, que sur 7 enfants, il n'en reste que 4 vivants ; dans l'observation VI, sur 11, il n'en reste que 5 ; dans l'observation VIII ; sur 12, il n'en reste que 4.

D'autre part les malades nous disent avoir marché très tard, et avoir été atteints eux-mêmes à une époque quelconque de leur existence, mais principalement dans leur première enfance, de troubles divers appartenant nettement à la syphilis héréditaire.

Tels sont les principaux signes que nous révèle un premier examen superficiel ; nous avons en somme ici

le tableau complet de l'hérédo-syphilis avec toute la lyre de ses accidents multiples.

Entrons maintenant plus avant dans notre observation et examinons plus attentivement notre malade. Voici ce que nous pourrons observer :

Appareil digestif. — En outre des malformations dentaires et de la voûte ogivale, nous trouvons fréquemment une rate grosse et parfois aussi un foie augmenté de volume. On a même signalé l'existence d'une grosse rate dans l'incontinence d'urine, mais les auteurs n'ont jamais fait allusion dans ce cas à l'hérédo-syphilis. L'ensemble de cet appareil semble d'ailleurs peu touché en général.

Appareils respiratoire et circulatoire. — De ce côté également, les signes que nous pouvons observer sont assez rares. Cependant un coryza chronique rebelle ou une déformation du nez nous mettront parfois sur la voie du diagnostic, qui peut également être éclairé par l'existence de l'ozène.

Appareil génital. — Du côté de la sphère génitale, des défauts de développement se montrent parfois : phimosis, epispadias, hypospadias, hymen imperforé, etc.

Troubles cutanés. — On note souvent de ce côté des éruptions croûteuses, impétigineuses, de l'alopecie, etc.

Mais les signes les plus importants sont ceux qui relèvent du système nerveux. Disons cependant que

dans certains cas ils sont peu marqués et qu'il faut se livrer à de minutieuses investigations pour les dépister.

Et tout d'abord signalons les troubles de l'intelligence ; celle-ci en effet dans la majorité des cas est diminuée ; les enfants vont à l'école depuis longtemps et n'ont jamais rien appris ; la mémoire est affaiblie. Dans d'autres cas au contraire, l'intelligence demeure vive et ne semble pas atteinte ; on a pu observer enfin de véritables accès de manie et de folie. Le caractère des enfants est en général sombre ; ceux-ci sont tristes, honteux, craintifs : ils répondent à peine aux questions qu'on leur pose même avec bienveillance ; l'aspect général est celui d'un idiot ; il y a là une déchéance psychique correspondant à la déchéance matérielle que nous avons constatée au premier examen.

Les troubles moteurs consistent en une parésie plus ou moins marquée des membres ; limitée aux membres inférieurs si la lésion est limitée elle-même à la région lombaire, elle s'étend aux membres supérieurs dans le cas contraire. Les deux formes que nous avons signalées au moment de la pathogénie reparaissent ici : dans l'une, où il y a un pseudo-tabes pour ainsi dire, la parésie consiste en une faiblesse plus ou moins grande des membres ; les malades se fatiguent vite et ne peuvent faire une longue marche. Dans l'autre au contraire où le faisceau pyramidal est dégénéré, la contracture est fréquente ; on note parfois une trépidation épileptoïde spinale. La démarche est dans certains cas spasmodique.

Dans la première forme, on constate une diminution et même la disparition du réflexe rotulien ; l'exagération des réflexes est au contraire constante dans la deuxième forme.

On a pu constater le signe de Romberg et ces cas semblent alors faire partie du premier groupe, qui prend toutes les allures du tabes (Observations XVIII-XIX).

L'anesthésie est relativement rare et jamais elle n'est complète. Elle se borne en général à une sorte d'engourdissement envahissant soit les quatre membres, soit les membres inférieurs. Cet engourdissement est parfois le premier signe accusé nettement par les malades au début de l'affection, avant même l'apparition des troubles sphinctériens et est souvent accompagné de fourmillements.

Les douleurs sont en général nulles. Dans quelques cas cependant on a signalé des douleurs au niveau de la région lombaire.

Les atrophies musculaires sont également assez rares.

Il n'en est pas de même des escharres sacrées ; celles-ci malheureusement sont assez fréquentes, comme dans toutes les affections médullaires et constituent une complication assez grave de l'affection.

Tels sont les principaux troubles nerveux que l'on observe. Ce sont en réalité ceux d'une méningo-myélite chronique à marche très lente, et nous n'insistons pas autrement sur eux.

Quant aux troubles sphinctériens qui nous occupent plus spécialement, ils ne présentent guère de particularités absolument nettes, si ce n'est les signes suivants :

1° Les besoins sont impérieux, à un point tel dans l'observation n° 17 que l'enfant était obligé de serrer sa verge entre ses doigts pour empêcher l'urine de s'écouler ; ces besoins deviennent encore plus impérieux à l'occasion d'un effort ; l'enfant de l'observation n° 17 ne peut d'ailleurs pas courir sans perdre immédiatement son urine et ses matières.

2° L'incontinence est aussi bien nocturne que diurne ; elle ne présente jamais spontanément des alternatives d'amélioration et de rechute.

3° Les troubles de la défécation, quand ils se présentent, sont presque toujours consécutifs à ceux de la miction.

4° L'anesthésie est complète à l'anus et à l'urèthre ; les malades ne sentent le passage ni de l'urine, ni des matières. La malade qui fait le sujet de l'observation n° 11 était obligé de s'assurer « de visu » si la miction et la défécation s'étaient accomplies.

Tels sont les principaux caractères des troubles sphinctériens qui nous occupent.

Les urines rendues par nos cinq malades ont été analysées minutieusement et dans aucune de ces urines, on a trouvé de principe anormal, ni de quantité d'éléments supérieure ou inférieure à la moyenne.

Tels sont les principaux symptômes de l'affection.

qui nous occupe ; il s'agit donc bien d'une véritable méningo-myélite due à la syphilis héréditaire, bien que parfois les troubles nerveux sensitifs et moteurs soient assez légers pour passer inaperçus. Ces phénomènes ont d'ailleurs été signalés récemment dans la syphilis acquise, ainsi que le prouve l'observation suivante :

HÉRESKO et DRUELLE. — Incontinence d'urine chez un syphilitique, guérie par les injections de calomel (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899, p. 48).

Un malade, âgé de 44 ans, entre à Necker avec une incontinence nocturne et diurne d'urine. La syphilis est indéniable ; il présente en outre des signes frustes de tabes : douleurs fulgurantes ; signes de Romberg et d'Argyll-Robertson ; les deux derniers incomplets. Pas d'hystérie. Injections de cinq centigrammes de calomel pendant deux mois. Amélioration rapide, puis guérison.

En terminant ce chapitre, nous signalerons une communication faite par M. S. Freud, de Vienne, sur un symptôme qui accompagne fréquemment l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants :

« Ainsi que l'ont montré les recherches faites par
« l'auteur depuis plusieurs années, dans le service du
« professeur Kassovitz, à Vienne, la moitié environ des
« enfants atteints d'incontinence d'urine présente-
« raient un symptôme nerveux particulier qui consiste

« en une exagération du tonus musculaire des mem-
« bres inférieurs.

« Pour le constater, on procède de la façon suivante :
« l'enfant ayant été déshabillé et assis sur une table
« sur laquelle ses jambes sont tenues allongées, on
« saisit celles-ci par les pieds et on tâche de les écarter
« le plus possible ; on rencontre d'abord une résis-
« tance considérable, qui, dans la suite, diminue pro-
« gressivement et qui rappelle la raideur du tabes
« spasmodique. Cette résistance est due à la contrac-
« tion des adducteurs, qui se dessinent sous forme de
« saillies dures.

« Dès qu'on cesse d'écarter les jambes de l'enfant,
« elles se rapprochent souvent avec la brusquerie
« d'un mouvement de ressort et les talons se frappant
« l'un contre l'autre peuvent produire un bruit assez
« intense. En dehors des adducteurs, cette même
« hypertonie peut être constatée dans le quadriceps...
« Les réflexes rotuliens, dans le cas d'hypertonie, sont
« plutôt exagérés, les muscles sont habituellement
« bien développés, durs au toucher.

« Le phénomène de l'exagération du tonus des mus-
« cles des membres inférieurs est parfois très net,
« parfois faiblement accusé. Il fait défaut à peu près
« chez la moitié des enfants atteints d'incontinence
« nocturne d'urine. Les efforts du petit malade n'ont
« sur le spasme qu'une influence assez limitée...

« L'hypertonie dont il s'agit ne peut donc être attri-
« buée à l'émotion ressentie par l'enfant lorsqu'on
« l'examine, puisqu'on ne la constate point ou très ra-

« rement chez les enfants qui ne présentent pas d'in-
« continence nocturne d'urine. Elle n'est pas non plus
« l'expression d'un tabes spasmodique, car les enfants
« qui en sont atteints n'offrent aucun autre symptôme
« d'affection médullaire. Ils marchent, courent et sau-
« tent comme si de rien n'était. L'auteur soupçonne
« un tonus exagéré de la vessie ».

Sans vouloir nier ici le mécanisme invoqué par l'auteur, nous nous permettrons d'ajouter que dans l'affection que nous étudions, cette contracture se présente parfois et qu'il n'est pas impossible que plusieurs des enfants observés par lui aient présenté des troubles méningo-myélitiques demeurés inaperçus et qu'ainsi s'explique cette exagération du tonus musculaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe doit être fait minutieusement ; les symptômes médullaires sont en effet parfois atténués à un point tel qu'ils peuvent passer inaperçus. Cependant des stigmates d'hérédo-syphilis nettement constatés, doivent nous faire penser à une localisation médullaire possible de la syphilis héréditaire. Et en présence d'un enfant qui depuis quelque temps accuse une sensation d'engourdissement dans les membres, qui nous dit se fatiguer rapidement, et présente également une incontinence d'urine nocturne et diurne, parfois associée à une incontinence des matières, nous devons rechercher chez ce malade les stigmates de la syphilis héréditaire d'une part, les troubles moteurs et sensitifs dûs à la lésion de la moelle d'autre part. Le résultat obtenu par le traitement enfin sera dans certains cas douteux le meilleur moyen de confirmer un diagnostic hésitant posé à l'examen du malade.

Ce diagnostic devra être fait :

1° *Avec l'épilepsie.* — Une attaque nocturne d'épilepsie, survenue pendant le sommeil, peut amener

une incontinence d'urine ; mais dans ce cas parfois le malade a déjà présenté des attaques antérieures ; on peut retrouver des traces de morsure de la langue ; les réflexes sont normaux, il n'existe enfin aucun signe de lésion médullaire.

2° *Avec l'hystérie.* — La recherche des divers stigmates de l'hystérie lèvera tous les doutes, d'ailleurs l'incontinence est assez rare dans cette affection, où l'on rencontre bien plus fréquemment la rétention.

3° On ne confondra pas non plus ces troubles sphinctériens avec ceux que l'on trouve si fréquemment chez les dégénérés et névropathes de toute sorte ; car ici nous avons affaire à l'incontinence dite essentielle des hystériques, épileptiques, alcooliques, neurasthéniques, migraineux, etc. Bien que dans beaucoup de ces cas nous retrouvions les stigmates d'hérédosyphilis que nous avons étudiés, la présence des troubles médullaires éliminera ce diagnostic d'incontinence essentielle et fera penser à la méningo-myélite spécifique.

4° On recherchera également et soigneusement les anomalies que peuvent présenter les organes génito-urinaires. Dans bien des cas en effet, l'incontinence d'urine est due à ces malformations congénitales, qui peuvent également coexister avec l'affection médullaire qui nous occupe, comme nous l'avons vu à propos des symptômes. La coexistence des signes de lésion médullaire posera nettement notre diagnostic.

5° Enfin une faiblesse congénitale des sphincters amène parfois une incontinence par défaut de contractilité ; il y a dans ces cas parésie d'un sphincter bien conformé, coïncidant souvent avec une atonie du sphincter anal. Très rare chez l'enfant d'ailleurs, ainsi que le signale Guinon dans l'article du *Traité de médecine* de Brouardel-Gilbert (1), cette faiblesse congénitale n'est associée à aucun symptôme d'affection médullaire.

En résumé le diagnostic sera fait au moyen des deux données suivantes :

- 1° Stigmates d'hérédosyphilis ;
- 2° Coexistence de troubles médullaires.

Le résultat obtenu par le traitement sera fréquemment un excellent moyen de contrôle.

Le diagnostic une fois nettement posé, il peut être intéressant de rechercher en quel lieu siège la lésion.

La participation du cerveau est très rare, ainsi que celle du bulbe, signalée par des vertiges, des crises de gastralgie, de la dyspepsie, etc.

Une quadriplegie, de l'engourdissement dans les quatre membres, une paralysie rarement flasque, de l'exagération des réflexes feront penser à la forme cervicale supérieure, où la partie tout à fait supérieure de la moelle se trouve lésée.

La forme dorso-lombaire, qui n'existe que dans la syphilis héréditaire tardive (2), est caractérisée par

(1) Brouardel-Gilbert. *Traité de médecine*.

(2) Gasne. *Syphilis médullaire héréditaire*.

une paraplégie avec contracture, et engourdissement des membres inférieurs, exagération des réflexes, mais les membres supérieurs demeurent indemnes.

La lésion des cordons postérieurs présente des signes rappelant ceux du tabes : les réflexes sont diminués ou abolis ; il n'y a pas de contracture ; on peut constater le signe de Romberg (Observation n° XIV). La dégénérescence du cordon latéral et du faisceau pyramidal en particulier au contraire est caractérisée par de la contracture et de l'exagération des réflexes.

D'ailleurs ce diagnostic n'offre qu'un intérêt tout à fait secondaire au point de vue du traitement qui est le même dans les deux cas et nous ne nous y appesantirons pas autrement ici.

MARCHE ET TERMINAISON

La marche de l'affection que nous étudions est celle de la méningo-myélite chronique en général, mais plus atténuée. Abandonnée à elle-même, elle a peu de chance d'arriver à la guérison, et tous les traitements, autres que le traitement mercuriel, essayés contre l'incontinence, demeurent inefficaces. La lésion continue insensiblement sa marche, envahissant progressivement tout l'axe médullaire.

Dans certains cas, cependant la mort peut survenir. Celle-ci est occasionnée par deux causes qui peuvent agir soit simultanément, soit isolément.

Dans deux des observations que nous publions, elle a été la conséquence d'accidents cérébraux causés par la syphilis héréditaire ; l'envahissement des centres encéphaliques dans ce cas se fait au milieu d'un cortège de symptômes dont l'observation n° IV, que nous avons reproduite exclusivement dans ce but, donne un tableau saisissant ; et c'est au milieu de ces accidents que survient la mort, qui délivre le malade de l'état lamentable où l'a mis la déchéance complète de toutes ses facultés.

Dans l'observation n° I également, ce sont les com-

plications cérébrales qui ont emporté le malade ; dans ce cas cependant elles étaient associées à l'adhérence des méninges.

Une seconde variété de mort est celle qui survient par méningite, ainsi qu'il en est fait mention dans l'observation n° II, et le malade succombe au milieu des symptômes méningés les plus caractéristiques.

Enfin dans un cas (Observation n° XXII) le malade a présenté des troubles mentaux consécutifs à son incontinence.

La marche de l'affection est d'ailleurs relativement lente ; malgré sa tendance à rester encéphalo-médullaire, le champ clinique s'agrandit de plus en plus avec l'âge et la syphilis héréditaire tardive finit par ne plus différer sensiblement des expressions si variées et si disparates de la syphilis spinale acquise.

PRONOSTIC

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs dont le plus important est le traitement suivi. Sur 22 cas en effet cités par nous, le traitement a été suivi par 14 malades. Douze de ceux-ci ont été améliorés de façon très notable ; un est demeuré dans un état stationnaire et un dernier enfin, après une amélioration nettement constatée, a succombé. Nous voyons par les chiffres l'action importante exercée par le mercure dans cette localisation de la syphilis comme dans les autres.

Au bout d'un traitement de durée assez variable, mais ne dépassant guère un mois ou deux en général, les besoins deviennent un peu moins impérieux, les malades n'éprouvent plus cette sensation d'engourdissement et de fourmillement que nous avons signalée ; ils sentent le passage de l'urine et des matières comme on le constate nettement dans les observations n° VI et XI.

Seule, la contracture persiste quelquefois, mais il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas l'amélioration est constante.

Un autre fait non moins intéressant à signaler est celui des rechutes. Après l'amélioration notable que nous venons de signaler, le traitement est cessé et l'on voit reparaitre au bout d'un temps assez variable parfois au bout de quelques années même, les troubles d'incontinence. Une nouvelle application du traitement hydrargyrique aura facilement raison de ces récives (Observations n° VII, IX, X, XII, XIV).

Au point de vue de la gravité de l'affection le pronostic devra être réservé. Ici, en effet, à l'incontinence d'urine ou des matières est associée une affection à localisation médullaire dont la première n'est qu'un symptôme et nous avons vu au chapitre précédent la mort survenir dans trois cas. Notons, il est vrai, que deux de ces cas n'avaient pas été traités ; mais nous n'en devons pas moins rester réservés pour ce qui est du pronostic, le système nerveux étant mis en jeu dans son organisation la plus intime.

L'âge semble également avoir une influence. C'est ainsi que dans le cas de la femme de 50 ans dont nous parle Gasne, le traitement est demeuré sans résultat. Les lésions deviennent irréparables et aussi se manifeste la nécessité d'un traitement précoce.

Enfin l'adjonction de l'incontinence des matières à l'incontinence d'urine semble assombrir le pronostic. Tous les cas graves que nous avons signalés présentaient cette double association. Disons cependant en

terminant, que par le traitement, c'est justement ce dernier phénomène qui est le premier à s'améliorer et même à disparaître complètement, alors que les malades présentent encore pendant longtemps des besoins impérieux d'uriner et la pollakiurie.

TRAITEMENT

Nous insisterons peu sur le traitement à suivre. Pourvu qu'il soit précoce, toutes les voies d'absorption de mercure sont bonnes ; pour notre part nous avons essayé chez les enfants que nous avons étudiés les frictions à l'onguent napolitain, la liqueur de Van Swiéten, les pilules de Dupuytren, les injections de biiodure d'hydrargyre ; le résultat a été identique.

On emploiera donc indifféremment l'une ou l'autre de ces préparations ; nous ferons remarquer toutefois que si l'on craint l'intolérance stomacale, assez fréquente chez les enfants, la voie des injections sous-cutanées ou des frictions sera préférable. L'association de l'iodure de potassium est inutile ; on prendra comme de coutume toutes les précautions nécessaires pour éviter l'apparition de la stomatite.

Enfin il sera bon dans certains cas, outre ce traitement spécifique, de ne pas négliger les moyens suivants :

Eveiller l'enfant la nuit pour le faire uriner.

Lui reprocher sa malpropreté sans le gourmander d'une façon trop brutale, etc.

Enfin chaque cas présente ici ses indications particulières, dans le détail desquelles nous ne pouvons rentrer, mais qui sont peu de chose en réalité comparativement à cet important élément thérapeutique qu'est le traitement mercuriel.

CONCLUSIONS

1° L'incontinence d'urine est parfois le symptôme par lequel se révèle une méningo-myélite due à l'hérédosyphilis tardive.

2° Elle est quelquefois associée à l'incontinence des matières.

3° Ces deux phénomènes se présentent surtout chez des sujets dégénérés et entachés d'hérédité nerveuse.

4° On les constate à tous les âges, mais principalement entre 4 et 20 ans.

5° Les lésions observées sont celles d'une méningo-myélite atteignant soit les cordons latéraux, soit les cordons postérieurs ; d'où deux formes cliniques, l'une avec diminution et même abolition des réflexes, correspondant au dernier cas, l'autre avec contracture et exagération des réflexes, correspondant au premier.

6° Les symptômes médullaires sont constamment associés aux stigmates de l'hérédosyphilis.

7° Le pronostic devra être réservé, à cause des complications cérébrales et méningitiques possibles.

8° Ces troubles sphinctériens sont notablement améliorés par le traitement mercuriel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Tirée de Edm. Fournier. Stigmates de l'hérédo-syphilis. — Obs. n° 66.
D^r Mendel).

(Incontinence d'urine. Mort).

Mère syphilitique. Enfant syphilitique : éruptions, alopécie, strabisme, affaiblissement mental, accès maniaques. Incontinence d'urine. Mort.

Autopsie : Adhérence des membranes ; hydrocéphalie ventriculaire.

OBSERVATION II

(Tirée de Edm. Fournier. — Obs. n° 232, tirée de la thèse de Gasne : la syphilis héréditaire de la moelle).

(Incontinence d'urine. Méningite. Mort).

Mère morte d'accidents albuminuriques, etc., 3^e grossesse : Enfant mort à 8 ans de méningite : avait toujours uriné au lit.

OBSERVATION III

(Tirée de Edm. Fournier. — Obs. n° 344.)

(Accidents antérieurs, strabisme. Incontinence d'urine).

X..., âgé de 11 ans et demi. Père et mère syphilitiques, Né cinq ans après la syphilis du père et un an après la syphilis que la mère a contracté de son mari. D'après le médecin qui l'a soigné depuis sa naissance, il est venu au monde avant terme, mais sain d'apparence. A trois semaines il a commencé à présenter des accidents spécifiques à savoir : syphilides papuleuses, pemphigus, coryza. Quelques mois plus tard, il a été affecté de lésions osseuses notamment au niveau des humérus et des avant-bras. Il louche dès le plus jeune âge.

Enfin il a toujours uriné au lit, en dépit des nombreux traitements dirigés contre cette infirmité:

OBSERVATION IV

(Incontinence d'urine et des matières. Complic. cérébrales. Mort).

(Alf. Fournier).— Syphilis héréditaire tardive. Union médicale, 1886).

Un jeune homme contracte la syphilis et comme tant d'autres se traite négligemment. Il se marie et ne tarde pas à contagionner sa femme. Quelques années après, il

est pris d'accidents cérébraux que plusieurs médecins rapportent à la syphilis et auxquels il succombe. — La jeune femme est affectée de divers accidents syphilitiques (roséole, plaques muqueuses buccales, alopécie, cephalée), mais comme elle ignore la nature de sa maladie (qu'on lui cache d'ailleurs soigneusement) elle ne se traite que juste le temps nécessaire à la disparition de ces premiers symptômes.

De ce couple infecté, naissent trois enfants dans les trois années qui suivent le mariage :

1° Le premier vient à 8 mois mort-né.

2° Le deuxième naît à terme : il est bientôt criblé d'une nuée d'accidents spécifiques (syphilides ulcéreuses, ulcéro-croûteuses pemphigus, ulcérations buccales, ophtalmie grave à laquelle la fonte d'un œil, lésions osseuses, etc). Il tombe dans la cachexie et succombe à 6 semaines.

3° Une troisième grossesse donne naissance à une petite fille bien vivante qui est le sujet de notre observation actuelle. Vers l'âge de trois semaines cette enfant est affectée de diverses manifestations d'ordre incontestablement spécifique. On la traite et elle guérit. Au delà elle ne présente plus rien de spécial. Elle grandit et se développe convenablement si bien que vers l'âge de 9 ans, c'était une belle petite fille, fraîche, gaie, et dit-on, très intelligente.

A ce moment elle commence à uriner au lit, de temps à autre. On la gronde, mais sans s'inquiéter davantage de ce symptôme, qui n'est souvent que le témoignage d'une épilepsie nocturne méconnue. A quelque temps de là elle est prise soudainement d'une crise de convulsions violentes, en dinant. Elle perd connaissance d'une façon subite, devient aussitôt raide comme une barre de fer, se démène en des convulsions générales, écume, se mord la langue, urine sous elle, etc. Des crises semblables se succèdent alors à intervalles réguliers et toujours avec les mêmes symptômes.

On considère l'enfant comme épileptique et on la soumet à une série de médications diverses qui restent toutes inactives. Cinq ou six mois s'écoulent de la sorte, sans qu'on ait à noter d'autres phénomènes, si ce n'est toutefois un changement dans le caractère et un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

Puis en même temps que les excès épileptiformes poursuivent leurs cours, la scène se modifie. L'intelligence décline rapidement, la mémoire se perd. L'enfant oublie ce qu'elle avait appris, histoire, géographie, catéchisme, etc. Elle ne comprend plus que difficilement ; elle a parfois des idées bizarres extraordinaires. D'autre part elle est prise de frayeurs que rien ne justifie, ou bien d'accès de rire stupides, très prolongés. Elle devient indocile, méchante, hargneuse, irritable.

Un peu plus tard la parole s'embarrasse ; certains mots sont mal prononcés, scandés, estropiés.

Les troubles sensoriels se manifestent. La vision s'affaiblit. Les pupilles se dilatent d'une façon excessive, mais inégalement d'un œil à l'autre. L'audition s'émousse. La sensibilité générale participe à ces désordres, par un retard singulier dans les perceptions. Ainsi lorsqu'on pince un membre la douleur n'est perçue qu'après quelques secondes. Des crises de vomissements se produisent de temps à autre.

La motilité s'affecte. La puissance musculaire décroît ; les mouvements deviennent faibles, maladroits, indécis. La marche est titubante, incertaine. Les mains laissent tomber les objets, etc. Assez souvent contractures intermittentes de certains groupes musculaires, notamment des muscles de la mâchoire.

Paralysie de la vi^e paire gauche ; d'où strabisme et diplopie. Miction et défécation involontaires.

Dans l'espace de quelques mois, tous ces phénomènes suivent une ascension progressive, en dépit d'un traite-

ment spécifique des plus intenses, lequel il est vrai n'intervint que très tardivement à une époque où la situation était pour ainsi dire désespérée. — L'intelligence se transforme complètement et l'enfant devient une véritable idiote. La vue s'éteint. Une parésie très accentuée envahit tous les membres ; les mains ne peuvent plus rien serrer, rien tenir. Les membres inférieurs sont impuissants à supporter le corps ; la mastication est lente et difficile. La déglutition se trouble à ce point que les solides ne sont ingérés qu'avec peine et que les liquides sont rejetés partiellement par les fosses nasales.

Pendant quelques semaines, la vie n'est plus qu'automatique, végétative. Intervient finalement une hémiplegie avec coma qui termine en quelques jours cette lamentable scène.

L'autopsie est pratiquée et révèle des lésions incontestablement spécifiques avec épaississement des méninges, symphyse méningo-cérébrale, désagrégation de la substance grise et foyers de ramollissement dans les régions centrales.

OBSERVATION V

(Incontinence des urines et des matières. Améliorée par traitement).

(Jasinski. — Ueber Syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule.
Arch. per Dermat. n. Syphil., 1891, p. 409).

Enfant de cinq ans. Paraplégie, contracture, anesthésie, paralysie des sphincters. Deux tumeurs à la région sacrolombaire et à la région sacrée ; syphilis héréditaire ? Amélioration par le traitement spécifique. Contracture persistante.

OBSERVATION VI

Syphilis héréditaire, parésie, incontinence des urines et des matières. — Amélioration par le traitement.

Hutchinson et Jackson. — *The medical Times and Gazette*, 1860.

Un garçon de 18 ans, intelligent, paraissant plus jeune que son âge fut admis le 3 octobre 1860 à Saint-Thomas Hospital.

Un mois auparavant il ressentit dans l'extrémité des doigts, un engourdissement qui envahit graduellement les bras. A la même époque, phénomènes identiques du côté des orteils, s'étendant ensuite aux deux membres inférieurs de sorte qu'il ne sentait rien ni avec les mains, ni avec les pieds. Forte céphalée, huit à dix jours avant l'engourdissement.

D'aussi loin qu'il pouvait se souvenir sa vue aurait été trouble, elle était devenue encore plus mauvaise dans les deux ou trois dernières années ; surdité depuis quelques années ; restes de kératite et d'iritis.

Dents présentant les déformations caractéristiques de la syphilis héréditaire. Le malade ne peut se tenir ni debout ni assis sur son lit ; impossibilité absolue de mouvoir les bras ou les doigts. Légers mouvements des membres inférieurs. Sensibilité abolie du niveau des bras et des avant-bras, légèrement conservée au niveau des membres inférieurs. Les muscles intercostaux ne fonctionnent pas.

Pas de paralysie de la face ; mais difficulté de tourner les yeux en dehors, due à la participation de la vi^e paire. Pas de douleurs dans la colonne vertébrale. Incontinence absolue des matières et des urines.

Paraît intelligent et ne se plaint pas de douleurs. Tête fraîche, langue rouge par places. Pouls à 72.

Le docteur Backer ordonne une solution de bichlorure d'hydrargyre et de la révulsion spinale.

18 Octobre. — La sensibilité a augmenté dans les membres inférieurs, dont les mouvements sont plus étendus. Les bras restent insensibles. La mère dit qu'elle a eu 11 enfants, 6 mort-nés ou morts aussitôt après la naissance, n'ayant pas présenté d'éruptions; elle dit qu'elle n'a pas eu la syphilis et ne pense pas que son mari (décédé) l'ait eu.

30 Octobre. — Mouvements plus étendus des jambes. Sphincters paralysés. Dit que sa vue est meilleure qu'elle n'a été depuis des mois. Pas de douleurs de tête.

5 Novembre. — Sensibilité des doigts et des mains, mais ne peut mouvoir ni les bras, ni les mains.

12 Novembre. — Peut détacher les bras du corps; meilleurs mouvements des jambes, paralysie des sphincters.

28 Novembre. — Peut mouvoir librement ses bras. Le mouvement est revenu graduellement. Sensibilité parfaite des bras et des jambes. Même état des sphincters.

15 Décembre. — Amélioration. Bon appétit. Dort bien. Vue meilleure. Amélioration de l'ouïe.

12 Janvier 1861. — Sphincters paralysés, mais manifeste ses besoins à l'infirmière, ce qui est une amélioration.

10 Février. — Amélioration graduelle, peut s'asseoir sur son lit, mouvoir les doigts, les mains, les bras et les jambes dans toutes les directions. Sensibilité parfaite. Voit

plus distinctement, surdité très légère. Il a essayé de se tenir debout aujourd'hui ce qui a causé une grande douleur dans les genoux. Même état des sphincters, mais il a conscience du passage de l'urine et des matières fécales.

Quitte l'hôpital, très amélioré.

OBSERVATION VII

(*Hérédo-syphilis. Paralysies successives. Paraplégie avec contracture: Incontinence d'urine. Guérison par traitement*).

Friedmann. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1893.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans, hérédo-syphilitique. L'accouchement fut normal et aussi le développement de l'enfant au moins au début. A 4 semaines, forte éruption cutanée. Dans les cinq premiers mois survient une paralysie simultanée des quatre membres dont la guérison est complète en un an. L'enfant est fort intelligent :

Au cours de la 2^e année, paralysie du bras gauche qui dure six semaines et qui guérit.

A 4 ans, paralysie spasmodique des membres inférieurs avec incontinence d'urine qui dure six mois et qui guérit sous l'influence du traitement antisiphilitique. Les réflexes rotuliens étaient forts, mais non très exagérés. Conformation défectueuse du crâne et douleurs de tête.

OBSERVATION VIII

Parésie des quatre membres. Soupçon d'hérédo-syphilis tardive. Incontinence d'urine. Paralysie spasmodique des membres inférieurs. Pas d'amélioration par le traitement.

Gasne.... Syphilis médullaire héréditaire.

O... Thérèse, 50 ans, fleuriste. Entre en novembre 1897 hôpital Saint-Louis, service du docteur Fournier, adressée par M. Nélaton, chirurgien de cet hôpital qui la soignait pour une gomme du frontal droit, actuellement en voie de guérison.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans de congestion cérébrale. Mère morte à 42 ans de la variole qu'elle contracta en soignant la malade de cette affection. Celle-ci était alors âgée de huit ans. Sur 12 enfants qu'a eu sa mère 4 seulement sont vivants, 2 garçons et 2 filles. Un des frères de la malade aurait perdu plusieurs enfants en bas âge.

Elle-même a eu 2 enfants, l'un est mort en bas âge, l'autre actuellement âgé de 24 ans est en bonne santé.

G... ne se souvient pas à quel âge elle a commencé à marcher ; sa mémoire est d'ailleurs défectueuse et son intelligence assez limitée. Elle n'aurait pas eu de convulsions, ni de difficultés de la marche pendant l'enfance.

Elle dit avoir eu en 1876 une ulcération chancreuse de la vulve, suivie de chute de cheveux, céphalée et plaques muqueuses buccales. Elle se fit soigner à l'hôpital tempo-

raire (Laennec) chez M. le professeur Dieulafoy où, paraît-il, elle prit de l'iodure de potassium. Pendant deux ans elle absorba des pilules de protoiodure de mercure ; mais les recherches faites à Laennec n'ont rien démontré de précis, quant à ces accidents syphilitiques. le diagnostic porté sur la pancarte étant : céphalée.

En 1879, nouvelles ulcérations vulvaires qu'elle fait traiter en ville par des cautérisations et de l'iodure de potassium. Depuis elle a pris fréquemment de l'iodure de potassium et des pilules pour faire disparaître les céphalées, survenant par intervalles et sans accidents buccaux ou généraux.

En 1896 habitant un logement humide, elle aurait eu des douleurs dans le cou et dans les membres, mais sans gonflement des articulations.

Le 28 août 1894 en allant faire ses courses elle fut prise brusquement de diarrhée et obligée de rentrer chez elle. Le lendemain au moment de sortir pour travailler, elle se sentit tellement faible des jambes, qu'il lui était impossible de marcher. De même la faiblesse des bras était telle qu'elle ne pouvait les lever. La parésie des quatre membres s'accrut insensiblement, mais ne devint jamais une parésie complète, puisqu'elle pouvait traîner dans sa chambre, sans cependant descendre les escaliers.

Vers le 13 décembre 1895, elle fut prise d'une incontinence d'urine qui a persisté depuis et d'une constipation opiniâtre.

Elle avait dans les jambes des sensations douloureuses, un engourdissement et il lui semblait qu'il aurait fallu lui tirer fortement les jambes pour faire cesser cet engourdissement.

Elle ne suivit aucun traitement contre ces manifestations.

Le 10 octobre 1895, elle entre dans le service de M. Nélaton pour une exostose du frontal droit. On la soigne

avec du sirop de Gibert et des frictions d'onguent mercuriel. Les lésions osseuses guérissent, mais ce traitement, ne semble avoir produit aucune amélioration de la lésion spinale.

Examen de la malade. — Taille au-dessous de la moyenne : 1 mèt. 34. Semble avoir un peu de rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit avec un peu d'enfoncement du globe de l'œil.

Les pupilles sont inégales ; la droite étant plus dilatée que la gauche ; elles réagissent mal à la lumière et assez peu à l'accommodation. Léger nystagmus des deux globes dans les mouvements extrêmes.

La mâchoire supérieure est asymétrique ; à gauche, il manque les incisives latérales et une canine et les deux grosses molaires ; à droite, il manque la dernière grosse molaire. Les incisives médianes sont striées transversalement, leur bord libre est barbelé, abrasé. Microdontisme de l'incisive latérale droite. Canine droite striée affectant la forme d'un tournevis. Les molaires qui restent sont saines.

Mâchoire inférieure : à droite il manque la première et la dernière grosse molaire. A gauche la première petite molaire et toutes les autres, sauf la 2^e petite molaire. Les incisives sont abrasées sur leur bord libre ; la canine gauche est déformée, la droite est normale. Première petite molaire : atrophie cuspidienne.

Il n'y a pas de perforation de la voûte palatine, ni de lésion nasale. Pas de cicatrices, ni sur le corps, ni sur la valve. Rien du côté des oreilles.

Depuis le mois d'août 1894, il existe une grande faiblesse des membres inférieurs ; la marche peut cependant s'effectuer à l'aide d'une canne ; les pieds étant lourds et trainants sur le sol à la moindre fatigue. La malade ne peut courir.

Les réflexes tendineux sont très exagérés surtout à gauche ; certains jours il existe de ce côté une trépidation épileptoïde très marquée. Pas de troubles de la sensibilité, ni d'atrophie musculaire des membres inférieurs. Pas de signe de Romberg.

Incontinence d'urine permanente et constipation opiniâtre. Les membres supérieurs sont indemnes de phénomènes paralytiques.

Les réflexes antibrachiaux et olécrâniens sont forts des deux côtés.

Le traitement mercuriel et ioduré prolongé pendant les mois de novembre 1895 à février 1896 semble n'avoir pas donné de résultat appréciable au point de vue des phénomènes paralytiques.

Monsieur le professeur Fournier, considérant la petite taille, la polylethalité de ses frères et sœurs, les lésions dentaires, n'hésite pas à attribuer à la syphilis héréditaire les accidents qu'elle avait présentés vers l'âge de 30 ans et ceux qui survinrent ultérieurement, tant du côté du frontal que de la moelle épinière.

OBSERVATION IX

Hérédo-syphilis. Attaques successives de paralysie spasmodique. Incontinence d'urine. Guérison par traitement.

Friedmann. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.

Enfant de 10 ans hérédo-syphilitique. Développement normal sauf un maintien défectueux de la tête congénital.

A 1 an 1/2, apparition d'une cyphose cervicale et d'une paralysie spasmodique des membres inférieurs.

A 7 ans deuxième attaque et paralysie spasmodique avec incontinence d'urine, guérison en un an.

A 10 ans troisième attaque et guérison complète en onze mois sous l'influence du traitement antisyphilitique.

Enfant intelligent ; pas de troubles cérébraux.

OBSERVATION X

Hérédo-syphilis : marche tardive. — Affaiblissement des membres inférieurs. — Double incontinence. — Amélioration par traitement.

Gasne. — Loco Citato. — Observation n° 45 (Résumée).

S... comptable 53 ans. Entre le 8 novembre 1895, salle Beau... n° 48. Hôpital Cochin. N'a marché qu'à 4 ans.

A 14 ou 15 ans marche assez bonne, mais fatigue rapide.

De 18 à 25 ans mictions nocturnes involontaires.

Entre pour affaiblissement successifs des deux membres inférieurs, dont il a été déjà soigné par Monsieur Charcot à la Salpêtrière avec de l'iodure de potassium et des pointes de feu à la région lombaire.

Sort amélioré au bout de 4 mois. Présentait à son entrée de l'incontinence d'urine et des matières fécales que le traitement améliora également.

OBSERVATION XI

Hérédo-syphilis — Disparition de la sensation du passage de l'urine et des matières. — Guérison par traitement.

Gilles de la Tourette. — Citée par Gasne (*loc. cit.* Résumée).

M^{me} X. . . , 35 ans. Se plaint de douleurs dans la région lombo-sacrée et de sensation d'engourdissement des pieds remontant à six mois. Sensation d'engourdissement général dans les membres inférieurs et dans les fesses.

Sensibilité complète au pourtour de l'anus, au périnée et aux parties génitales. Elle a perdu toute notion réelle d'aller à la garde-robe. Lorsqu'elle se place sur le vase, elle est obligée de vérifier de « visu » si la défécation a eu lieu. Elle est obligée de prendre de grandes précautions pour ne pas avoir de selles involontaires. De même elle n'a pas conscience de l'émission de l'urine, bien que parfois les besoins soient impérieux. Ils exigent une satisfaction immédiate, sans cela l'urine s'écoulerait malgré la volonté.

Réflexes rotuliens très forts, signe de Romberg.

Mari ayant pris de l'iodure de potassium, on pense à de la syphilis acquise et l'on donne 2 pilules de Dupuytren (1 centigramme de bichlorure de mercure) et de 4 grammes d'iodure de potassium pendant un mois et demi. Amélioration à la fin de juin 1895 ; la malade a maintenant la possibilité de contrôler sans le secours de la vue l'émission des urines et des matières fécales.

On découvre par la suite des signes d'hérédo-syphilis sur les dents, ce qui explique le résultat obtenu.

Revue le 10 décembre 1895 cette dame avait toujours des besoins un peu impérieux, mais la sensation du passage de l'urine et des matières.

OBSERVATION XII

Hérédo-syphilis. Paraplégie. Participation du bulbe et de l'encéphale. Incontinence d'urine. Traitement par l'iodure de potassium. Amélioration. Rechute et nouvelle amélioration par le traitement mixte.

Gasne. (loc. cit. — Obs. n° 40.)

Marius R..., comptable, est âgé de 19 ans 1/2. Taille : 1^m60. Assez bien développé. Père bien portant, n'aurait jamais été malade. La mère a fait 4 fausses couches, dont la première. Les autres auraient eu lieu après les premiers enfants, qui sont au nombre de sept bien portants. Le malade qui est le 3^e enfant et que nous avons seul vu de la famille, ne nous donne, on le comprend, à ce sujet que des renseignements incomplets et peu précis. Marius R... a marché à l'âge de 13 mois. A cette époque il aurait eu des crises convulsives ; qui se prolongeant pendant trois jours, auraient laissé une sorte d'état de mal, qui n'a d'ailleurs rien laissé d'appréciable.

Pas d'éruptions cutanées, ni affections auriculaires ou oculaires ; pas de maladie vénérienne acquise. Le malade n'a eu qu'un seul rapport sexuel.

Bonne santé ordinaire jusqu'en juillet 1891.

Vers le 17 juillet 1891, il a ressenti une forte sensation de fatigue et de courbature dans les membres inférieurs, particulièrement à droite, avec impotence progressive.

Le 24, il ne pouvait plus marcher, ne pouvait plus se tenir debout les yeux fermés ; les membres inférieurs étaient paralysés, flasques, non raides.

Le 25, on le transporte dans un service d'hôpital. Pas de douleurs. Il pouvait soulever les jambes du plan du lit, mais il ne pouvait pas marcher.

Grands vertiges lorsqu'il essaye de se tenir debout. Diplopie qui persiste pendant trois semaines, puis aurait aussi vu trouble, ne pouvant distinguer les objets à plus de 2 mètres de distance. Ni douleurs de tête, ni vomissements ; troubles de l'articulation des mots, se faisait difficilement comprendre en ce sens qu'il prononçait les B comme des P et vice-versa. Pas de troubles de déglutition les liquides n'étant pas rejetés par le nez.

Vers le 10 avril, urine à deux reprises dans son lit sans s'en apercevoir. Besoins impérieux d'uriner et d'aller à la garde-robe. Quelques fourmillements dans les jambes.

Vers le 15 août, fourmillements dans le bout des doigts de la main droite ; crampes dans cette main qui l'empêchent de tenir son couteau et sa fourchette. Très légers fourmillements dans le bras gauche. Cet état reste stationnaire jusqu'au 10 octobre. Jusqu'ici le malade avait été traité par les douches froides, le valérianate d'ammoniaque, le bromure de potassium : celui-ci ayant amené quelques accidents toxiques (langue saburrale, inappétence) est remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, régulièrement administrés.

Au bout de 8 jours apparaît un mieux considérable. Les vertiges commencent à disparaître, les jambes sont plus solides.

Vers le 20 octobre il peut marcher sans canne ; la vue qui était trouble revient peu à peu à la normale, comme les autres fractions du reste. Il sort de l'hôpital le 25 octobre très amélioré, mais conservant toujours une certaine faiblesse des jambes.

Il continue à prendre de l'iodure de potassium. Le 1^{er} février 1882 il essaie de reprendre ses fonctions de comptable, mais son bras droit est toujours envahi par des crampes et ne lui permet pas de bien écrire.

Nous le voyons pour la première fois le 7 mars 1892 chez un de nos amis, électricien distingué, où il est arrivé avec un diagnostic aussi peu précis que possible.

L'état général est satisfaisant. Peut-être existe-t-il encore un peu de faiblesse dans les membres inférieurs avec besoin impérieux d'uriner.

Quand il porte la tête dans la flexion forcée sur le thorax, il ressent immédiatement une sensation très marquée d'engourdissement dans les membres inférieurs. Il existe encore quelques fourmillements très légers dans le bras droit et surtout des crampes qui nuisent à la régularité de l'écriture.

Le réflexe rotulien est normal à gauche, un peu diminué à droite. Réflexes olécrâniens normaux.

Depuis le mois de juillet 1892, nous avons eu l'occasion de revoir Marius R..., à diverses reprises et de lui donner nos soins.

Jusqu'au mois de juillet-août 1894 il resta bien portant et se considérait comme guéri. A cette époque il ressentit une grande faiblesse dans les jambes au point qu'il dût rester couché pendant 7 à 8 jours. Il avait des fourmillements dans la région lombaire, surtout lorsqu'il fléchissait fortement la tête sur la poitrine. D'ailleurs depuis le début de sa maladie jusqu'à ce jour il a toujours ressenti des fourmillements dans la région lombaire et dans les membres inférieurs, chaque fois qu'il s'est livré à cette manœuvre.

En 1894 il était forcé de satisfaire immédiatement, sous peine d'incontinence, d'impérieux besoins d'uriner ; cependant les mictions ne furent jamais involontaires. Il prit aussitôt de l'iodure et des pilules mercurielles et put

au bout d'un mois reprendre ses occupations habituelles.

Depuis le mois d'août 1894, il s'est presque constamment soumis au traitement mixte qu'il n'a cessé qu'en juin 1895.

Actuellement (janvier 1896), l'état général est satisfaisant, la marche s'effectue normalement ; il peut courir, vaquer à ses occupations ; toutefois, il ressent assez vite de la fatigue dans les membres inférieurs ; le reflexe rotulien gauche est un peu plus fort, le droit est normal, il existe encore d'impérieux besoins d'uriner ; si le malade ne les satisfait pas immédiatement, il courrait le risque de souiller ses vêtements.

La face musculaire des membres supérieurs et inférieurs est normale ; pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de sensibilité.

.

Marius R... nous a donné quelques renseignements complémentaires sur sa famille qui ne manquent pas d'intérêt. Sa mère aurait fait cinq fausses couches, ainsi qu'il nous l'avait dit. Sur les 6 enfants vivants, le n° 5 présente également des signes de l'hérédo-syphilis. (Névrite rétrobulbaire ayant cédé au traitement).

OBSERVATION XIII

(Hérédo-syphilis. Attaques successives de paraplégie guérie par traitement. Incontinence d'urine guérie. Mort).

A. Fournier. — La syphilis héréditaire tardive.

Observation de Bartels relative à une femme hérédosyphilitique, qui après avoir présenté de très nombreux accidents d'ordre incontestablement spécifique, fut affec-

tée d'une paraplégie des 4 membres. Guérie par le traitement spécifique, elle fut prise des mêmes accidents quelque temps après, mais cette fois avec paralysie des sphincters et avec escharres siégeant à la fois au sacrum et aux omoplates. Le même traitement eut encore raison de cette récidue.

La malade mourut l'année suivante au milieu d'accidents analogues.

Autopsie : au-devant de l'articulation de l'atlas avec la base du crâne, entre l'atlas et l'axis, existence d'une tumeur qui, à la coupe fut reconnue, pour un foyer caséeux ramolli (gomme). La moitié gauche de la moelle épinière était aplatie et élargie. Evidemment les phénomènes paralytiques avaient été produits par une gomme placée au-devant des vertèbres supérieures et comprimant la moelle. Ils disparurent après qu'une partie de la tumeur eût été résorbée et qu'elle eût diminué de volume.

OBSERVATION XIV

(Personnelle).

Lav., Georges. 10 ans. Entre à l'hôpital Hérold, service du Docteur Barbier, salle Gubler annexe, lit n° 6 le 27 mars 1903. La mère amène l'enfant parce qu'il perd ses urines et les matières fécales.

Evolution antérieure : l'enfant a toujours eu cette infirmité depuis l'âge de 18 mois jusqu'à 7 ans, il a eu des attaques présentant nettement tous les caractères propres à cette maladie ; il tombait brusquement sans connaissance, se contracturait d'abord, puis une phase de convulsions apparaissait ; il y avait de l'écume aux lèvres. Puis l'enfant revenait à lui et ne se souvenait nullement de ce qui

était arrivé. Ces crises se renouvelaient souvent presque tous les jours, dit la mère et duraient environ une demi-heure.

A l'âge de 7 ans, le petit malade est envoyé à Hendaye et y reste dix mois en traitement pour une toux opiniâtre (?). Il ne fut pas traité pour son incontinence d'urine et des matières pendant son séjour à Hendaye et à son retour l'infirmité persistait.

Il retourna à Hendaye à l'âge de 9 ans et y fait un nouveau séjour de huit mois ; il prit à ce moment des pilules (?) contre cette incontinence. Il fut amélioré, les mictions devinrent volontaires, mais les défécations demeurèrent indépendantes de la volonté ; à l'état de veille toutefois cette incontinence était moins marquée ; à son retour dit la mère, l'enfant était beaucoup plus propre qu'avant son départ pour Hendaye. Ce mieux persista une quinzaine de jours environ, puis la double incontinence reparut.

ANTÉCÉDENTS

Personnels. — Enfant venu à terme ayant eu un coryza tenace dans sa première enfance. Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Héréditaire. — Le père est en bonne santé et affirme n'avoir jamais eu la syphilis. La mère est très nerveuse ; elle raconte que dans sa jeunesse il lui arrivait fréquemment de tomber sans connaissance. Ces troubles disparurent avec le mariage ; interrogée au point de vue de la syphilis, elle ne donne que des réponses vagues.

Elle a eu trois garçons dont l'un est mort de méningite à 9 mois ; le troisième à 7 ans et présente un tic qui consiste à relever et abaisser constamment la paupière supérieure. Il ne présente d'autre part aucun trouble des sphincters.

EXAMEN DU MALADE.

L'enfant est petit et bien qu'agé de 10 ans il a la taille d'un garçonnet de 6 ans. L'aspect général est celui d'un arriéré ; le crâne est natiforme ; on note une légère asymétrie faciale ; il y a un centimètre de tour de tête de moins à gauche qu'à droite ; la ligne qui réunit les deux yeux est inclinée vers l'horizon à gauche. Le lobule des oreilles est un peu adhérent ; l'oreille gauche est plus courte que la droite d'un demi-centimètre.

Les testicules ne sont pas descendus dans les bourses.

En plusieurs endroits du corps, notamment à la partie antérieure des jambes, on note des cicatrices blanches entourées d'une auréole brunâtre, au sujet desquelles il est impossible d'obtenir un renseignement précis.

On procède alors à l'examen des différents appareils :

Appareil digestif. — Rien de particulier à noter, le foie est normal ainsi que la rate.

Appareil pulmonaire. — On constate de la submatité au sommet droit et de la diminution du murmure vésiculaire à ce niveau.

Appareil circulatoire. — Rien à noter.

Examen de la bouche. — On observe une voûte ogivale typique ; les dents sont mal plantées et irrégulières ; les deux canines supérieures sont nettement cupuliformes. Les canines inférieures le sont également, mais à un degré moins prononcé ; le bord tranchant des incisives supérieures est abrasé et barbelé.

Appareil urinaire. — Rien à noter, si ce n'est l'incontinence en question. L'enfant dit à ce sujet qu'il ne sent le passage ni de l'urine ni des matières ; les besoins sont

fréquents et supérieurs ; s'ils ne sont pas immédiatement satisfaits, il en résulte de l'incontinence, qui se produit quelquefois même sans avoir été précédée de ce besoin.

L'incontinence est aussi bien nocturne que diurne.

Les organes génitaux examinés ne révèlent, à part l'ectopie testiculaire signalée plus haut aucune malformation.

Les urines soigneusement examinées ne contiennent aucun principe anormal.

Système nerveux. — L'enfant marche bien ; cependant au bout de peu de temps il est fatigué. La force musculaire est diminuée du côté droit ; l'enfant ne peut se tenir debout les yeux fermés.

La sensibilité cutanée ne présente aucun trouble.

Les réflexes pupillaires sont normaux ; le réflexe crémasterien est plus marqué à gauche qu'à droite ; le réflexe rotulien est aboli des deux côtés ; les réflexes plantaires sont presque abolis.

L'intelligence est rudimentaire. L'enfant va à l'école depuis 5 ans et ne connaît pas encore ses lettres.

On note un léger strabisme.

Devant ces symptômes, M. le docteur Barbier fait le diagnostic de syphilis héréditaire de la moelle et prescrit tous les deux jours une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de la solution suivante :

Biiodure de mercure.....	0,01 centigr.
Iodure de potassium.....	0,001 milligr.
Eau distillée.....	1 cent. cube.

Ce traitement, dont nous fûmes spécialement chargés, fut appliqué ainsi qu'il suit :

30 mars : Première injection de (2^{cc})

1^{er} avril ; Pointes de feu au niveau de la région lombaire.

2 avril : Deuxième injection (2^{cc}).

4 avril : Troisième injection (2^{cc}). La nuit s'est écoulée sans incontinence.

6 avril : Quatrième injection (2^{cc}). Pas d'incontinence.

8 avril : Cinquième injection (2^{cc}). Pas d'incontinence.

10 avril : Sixième injection (2^{cc}). Une incontinence des matières.

11 avril : Application de pointes de feu.

12 avril : Incontinence des fèces.

13 avril : Septième injection (2^{cc}). Pas d'incontinence.

15 avril : Huitième injection (2^{cc}). Pas d'incontinence.

17 avril : Première demi-injection (1^{cc}). Pas d'incontinence.

19 avril : Deuxième demi-injection (1^{cc}). Incontinence d'urine.

21 avril : Troisième demi-injection. Plus d'incontinence

23 avril : Quatrième demi-injection. Plus d'incontinence.

26 avril : Cinquième demi-injection. Plus d'incontinence.

28 avril : Sixième demi-injection. Plus d'incontinence.

L'enfant quitte l'hôpital le 30 avril ; il n'a plus eu d'incontinence depuis dix jours. On examine les troubles nerveux constatés au moment de l'arrivée et l'on constate qu'ils ont presque totalement disparus ; il reste encore une certaine diminution du réflexe rotulien.

Cependant on ordonne à l'enfant de continuer son traitement ce qu'il fait les jours suivants :

Les 4, 7, 11, 14, 18, 26 mai : Demi-injection' (1^{cc}).

Pendant toute cette période l'incontinence n'a pas reparu.

L'enfant cesse alors définitivement son traitement.

Il a été propre jusqu'à la date du 8 juillet, époque à laquelle a reparu l'incontinence double dont il était précédemment affecté.

Il rentre le 16 juillet à l'Hôpital Hérold, salle Gubler annexe, pour une nouvelle série de piqûres. A son entrée les réflexes rotuliens sont de nouveau presque abolis.

On reprend les piqûres avec la même solution que précédemment :

19 juillet : Injection de 2^{cc}. Deux incontinences depuis l'entrée.

21 juillet : Injection de 2^{cc}. Pas d'incontinence.

23 juillet : Injection de 2^{cc}. Une incontinence d'urine la veille.

25 juillet : Injection de 2^{cc}. Pas d'incontinence.

27 juillet : Injection de 2^{cc}. Pas d'incontinence.

L'enfant quitte la salle le 28 juillet et revient les jours suivants :

Les 29, 1, 3, 5 août : Demi-injection. Plus d'incontinence.

A ce moment le jeune Georges Lav... ne semble plus présenter aucun trouble nerveux ; l'incontinence a également disparu et l'on cesse le traitement.

Le 12 septembre. — La mère revient à l'hôpital Hérold consulter avec son autre enfant atteint de bronchite. Elle nous dit que le malade n'a plus eu aucune incontinence depuis la fin de son traitement.

Le 21 septembre. — Nous avons revu notre petit malade qui ne présente plus aucun trouble nerveux, ni aucun trouble de ses sphincters.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Pierre Tr... âgé de 8 ans, traité à la Consultation de l'hôpital Hérold le 28 juillet 1903.

La mère amène l'enfant à la consultation de l'hôpital Hérold en même temps que sa sœur cadette, atteinte d'entérite et profite de l'occasion pour demander une consultation au sujet d'une incontinence d'urine que présente l'enfant.

Evolution antérieure. — L'enfant présente cette incontinence, dit la mère, depuis l'âge de dix-neuf mois, à la suite d'une dothiéntérie dont la nature semble d'ailleurs des plus douteuses. L'enfant depuis cette époque urine toutes les nuits au lit et le jour dans son pantalon. Tous les traitements lui ont été appliqués sans aucun résultat et c'est en vain que la mère se lève plusieurs fois la nuit pour le faire uriner.

ANTÉCÉDENTS.

Personnels. — L'enfant est venu à terme et a présenté, six semaines après sa naissance, une éruption bulleuse aux mains (pemphigus ?). Il a eu la rougeole à 19 mois, suivie d'une maladie indéterminée dont la mère fait une fièvre typhoïde, de plus jusqu'à l'âge d'un an et demi, il a présenté un coryza rebelle. A l'âge de 3 ans, il a eu un commencement de méningite (?) dit la mère, accompagné de strabisme et convulsions qui a guéri au moyen de frictions avec une pommade dont la mère n'a plus aucun souvenir ? Il a marché tardivement à 27 mois.

Héréditaires. — Le père est bien portant, et dit n'avoir jamais eu la syphilis ; il n'a jamais eu ni céphalée, ni angine, ni chute des cheveux. Il est violent, emporté et dit lui-même être sujet à de violentes colères suivies d'une période de dépression avec pleurs abondants.

La mère est forte et bien portante. Elle a eu 3 fausses couches de 4 mois et demi, avant et après la naissance de

l'enfant qui nous intéresse. Elle a perdu une petite fille de méningite à l'âge de 3 mois.

EXAMEN DU MALADE.

L'enfant est petit et maigre. Le crâne est nettement natiforme. Pas d'asymétrie faciale, pas d'inégalité pupillaire, pas de cicatrices. La voûte palatine est nettement ogivale. Les dents sont mal plantées, déformées ; les incisives sont striées, leur bord libre est dentelé. La canine supérieure droite est nettement cupuliforme.

Pas de troubles digestifs. Le foie dépasse cependant de un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Rien à noter dans les appareils circulatoire et respiratoire.

L'incontinence d'urine est aussi bien nocturne que diurne ; l'enfant affirme ne jamais sentir le passage de l'urine ; il a quelquefois la sensation d'un besoin pressant, mais avant d'avoir pu trouver un endroit où il puisse se retirer, l'urine s'est écoulée sans qu'il s'en aperçoive. La sensibilité au pourtour de l'anus, au périnée, et aux organes génitaux est normale. Pas de malformations.

Troubles nerveux.

L'enfant présente nettement de la contracture des muscles des membres inférieurs ; on peut même provoquer une trépidation épileptoïde plus exagérée du côté droit ; la sensibilité est diminuée très légèrement dans la cuisse gauche. Les réflexes rotuliens et plantaires sont exagérés des deux côtés.

Les membres supérieurs et le tronc sont indemnes.

L'intelligence est normale ; cependant l'enfant dit être fréquemment sujet à des céphalées.

On pense à des troubles sphinctériens causés par une

méningo-myélite spécifique et l'on ordonne à l'enfant tous les jours une pilule de Dupuytren.

Le 11 août nous revoyons le malade et sa mère. L'incontinence d'urine a persisté jusqu'au 7 ; depuis cette date, les besoins continuent à être très impérieux, mais l'enfant a la sensation du passage de l'urine ; il peut se retenir, à condition que cela ne dure pas trop longtemps. Les symptômes médullaires signalés plus haut sont à peu près stationnaires ; seule la sensibilité semble être redevenue normale.

On prescrit de continuer le traitement un mois encore.

Le 6 septembre, le malade revient ; l'incontinence a complètement disparu depuis la dernière visite. Les réflexes sont encore forts, mais non exagérés ; seule la contracture n'a que légèrement diminué.

On prescrit alors de cesser le traitement et de ramener l'enfant au cas où l'incontinence reparaitrait.

Le 6 février 1904, nous avons eu l'occasion de revoir l'enfant dont l'incontinence n'a plus reparu et dont la santé est excellente.

OBSERVATION XVI

Hérédo-syphilis. — Incontinence d'urine. — Soupçon de relation entre les deux affections.

Communication du Dr Beaudoin. — *Archives de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1898.

Voici une jeune fille de 18 ans que M. le Professeur Fournier a bien voulu me charger de vous présenter et dont le cas est particulièrement intéressant, en raison des considérations suivantes : chez elle tout d'abord l'hérédo-syphilis est indiscutable, ainsi qu'en témoignent un certain

nombre de symptômes d'une part, et les renseignements fournis par l'enquête faite du côté de la famille d'autre part.

Du côté de la malade en effet, vous constatez d'emblée, les altérations classiques dues à l'hérédité syphilitique. Le nez est complètement affaissé, par suite de la nécrose de son squelette osseux. La pointe relevée émerge seule en quelque sorte de la région centrale du visage. A la place de la saillie occupée normalement par tout l'organe entre sa base et sa pointe, vous voyez un méplat résultant de l'effondrement osseux sous-jacent. Il y a de l'ozène qui se traduit par un écoulement peu abondant d'ailleurs, mais surtout par une fétidité de l'haleine telle que la malade ne peut pas rester dans un atelier ; le crâne est déformé, les bosses frontales saillantes et élargies donnent au front une proéminence exagérée. Au niveau des commissures labiales et au milieu de la lèvre inférieure, des cicatrices déprimées, blanchâtres, témoignent de lésions ulcéreuses profondes, développées dans l'enfance et dont la malade n'a aucun souvenir.

La dentition de notre malade est le siège d'altérations des plus intéressantes : 1^o Du côté de l'arcade dentaire supérieure, incisives atrophiées, mordant bout à bout les incisives inférieures, déformation entraînant une articulation vicieuse. Incisives centrales écartées de 2 millimètres environ l'une de l'autre, tournées sur leur axe, petites, atrophiées, conoïdes, montrant quelques stries transversales, superficielles, taillées d'une encoche à leur face postérieure. Incisives latérales à bord triturant légèrement angulaires. Absence de canines gauches et petites molaires désorientées. — 2^o Du côté de l'arcade dentaire inférieure, incisives centrales minces, débordant de 2 à 3 millimètres seulement le bord gingival, un peu conoïdes et à bord triturant usé en forme de plateau. Canine droite en rotation externe. Petites molaires désorientées.

L'examen des yeux fait par M. Sauvineau a révélé des traces de névrite optique ancienne et des anomalies pigmentaires. Bien que ne présentant aucun trouble de l'ouïe, la malade dit avoir eu dans son enfance des maux d'oreille qui l'ont rendue sourde pendant plus d'un an.

L'enquête faite sur sa famille nous a appris ce qui suit :

Le père âgé aujourd'hui de 46 ans est encore atteint d'un coryza chronique ; issu de souche débile, vu que sa mère est morte de tuberculose pulmonaire, après avoir perdu ses trois autres enfants (une fille âgée d'un an, et 2 garçons, âgés l'un de 6 mois, l'autre de 4 ans, tous morts de méningite). Lui-même, pendant qu'il était soldat, a eu à la verge un bouton qui semble avoir été considéré comme un chancre infectant.

La mère bien portante a eu 9 grossesses dont les résultats sont des plus instructifs : trois se sont terminées avant terme par la naissance d'une fille qui vit encore et de deux mort-nés. Trois autres ont donné le jour à des enfants, qui, nés à terme, sont morts à 15, 17 et 6 mois.

Parmi les enfants vivants, en outre de la malade, nous avons vu deux petites filles atteintes de coryza chronique.

En outre de toutes ces altérations et dystrophies liées à l'hérédosyphilis, la malade présente un phénomène qui constitue à nos yeux, le principal attrait de son observation. C'est une incontenance d'urine qui dure depuis sa naissance et qui, après avoir cessé à plusieurs reprises autrefois pendant quelques jours, a augmenté sensiblement dans ces dernières années. Constante actuellement elle oblige les parents de la malade à se lever 3 ou 4 fois chaque nuit pour éviter qu'elle ne souille son lit. Pendant le jour les besoins d'uriner sont fréquents, impérieux et demandent à être immédiatement satisfaits. Or l'incontinence persistante des urines étant considérée, non sans raison, comme un stigmate de dégénérescence, nous nous

demandons si la syphilis héréditaire, qui fait des dégénérés, doit revendiquer une part dans sa production, d'autant plus que dans ce cas, nous ne pouvons pas relever chez la malade une tare nerveuse, par exemple, telle que l'épilepsie, considérée par les neuro-pathologistes comme un de ses facteurs étiologiques les plus importants.

OBSERVATION XVII

Personnelle

Clément Pin... 14 ans, soigné à la consultation de l'hôpital Hérold le 26 octobre 1903.

L'enfant, amené une première fois le 2 octobre 1903 pour une légère bronchite, revient amélioré le 26 et la mère ajoute à ce moment qu'il présente en outre une faiblesse de la vessie.

ÉVOLUTION ANTÉRIEURE.

Interrogée à ce sujet la mère raconte que l'enfant présente cette infirmité depuis l'âge de 4 ans, époque à laquelle il est revenu de nourrice à la campagne. Il est impossible de préciser si l'enfant présentait ce trouble auparavant.

ANTÉCÉDENTS.

Personnels. — L'enfant est venu à terme et a présenté un coryza rebelle dans les premiers mois ; la mère affirme qu'il n'a jamais eu aucune éruption. Il a été atteint vers l'âge de trois ans de deux attaques de méningite, qui ont guéri chacune au bout d'une huitaine de jours (?). La mère n'ayant pas assisté à ces attaques, il est impossible d'obtenir aucun renseignement complémentaire.

Héréditaires. — La mère est en bonne santé. Elle a eu la chorée entre 5 et 6 ans ; il lui arrive encore fréquemment de tomber sans connaissance ; elle est garde-malade

à la maison Dubois et étudie avec soin les symptômes présentés par son fils.

Le père est séparé de la mère depuis 13 ans. Celle-ci l'a quitté parce qu'il était « coureur ». Il a eu de fréquentes blennorrhagies. Un jour même la mère a remarqué une ulcération au niveau de la verge qui semble être un chancre.

La mère a eu 3 grossesses ; les deux autres enfants sont morts l'un à 6 jours, l'autre à un mois.

Examen de l'enfant.

Le malade est très petit ; malgré son âge de 14 ans, il en paraît à peine huit ; les bosses frontales sont saillantes et élargies. Il présente une alopécie assez marquée. Le nez est aplati, la voûte osseuse étant absolument effondrée.

Les oreilles sont très détachées de la tête.

La voûte palatine est nettement ogivale.

Les dents sont mal plantées ; la mère dit que l'enfant présentait une double rangée de dents qu'elle a du faire arracher. A la mâchoire supérieure les incisives et les canines sont atrophiées, striées et érodées ; à la mâchoire inférieure, les incisives sont encore plus petites et dépassent à peine le bord inguinal, présentant des incisures au niveau de leur bord tranchant.

Rien à noter du côté des appareils digestif, respiratoire et circulatoire.

L'enfant a de l'incontinence d'urine parfois la nuit ; mais c'est surtout en courant que cette incontinence se fait sentir. Sitôt que l'enfant se met à courir, l'urine s'écoule goutte à goutte et l'enfant est obligé de serrer sa verge entre ses doigts pour empêcher l'urine de s'écouler. Il en est de même pour les matières fécales qui ne pourraient être retenues, si l'enfant s'arrêtant, dans sa course, ne faisait de violents efforts pour les retenir.

Les besoins d'uriner sont impérieux et fréquents, se renouvelant tous les quarts d'heure environ. Le passage de l'urine est à peine senti.

Troubles nerveux.

L'enfant se fatigue rapidement ; la sensibilité est normale, mais l'enfant se plaint d'engourdissement des membres inférieurs. Les réflexes sont diminués notablement, on constate le signe de Romberg.

L'intelligence est d'ailleurs assez médiocre ; l'enfant commence à peine à lire et à écrire.

Il a de fréquents et violents maux de tête.

Pensant à des troubles médullaires causés par l'hérédosyphilis, on prescrit une friction tous les jours avec 1 gramme d'onguent napolitain.

Le 18 novembre l'enfant est ramené par sa mère qui nous dit que les mictions involontaires sont moins fréquentes ; l'enfant a maintenant le temps de satisfaire à ses besoins qui continuent à être impérieux et fréquents. Les réflexes sont augmentés depuis la dernière fois que nous avons vu le malade. Celui-ci est donc en voie d'amélioration ; on prescrit de revenir dans un mois ; mais la mère a négligé ce conseil et nous n'avons pu revoir ce malade que nous avons laissé, répétons-le, en voie de guérison.

OBSERVATION XVIII

Hérédo-Syphilis. — Affection simulant le tabes. — Incontinence double. — Pas de traitement.

Extrait de A. Fournier. — La syphilis héréditaire tardive, 1886, résumé du D^r Remak. — Berlin. Klin. Wochenschr, 1883, n° 7.

Marie D..., 42 ans, née d'un père qui contracte la syphilis en 1866 et d'une mère également syphilitique affectée actuellement d'une périostose frontale. Cette femme a eu

11 grossesses dont 4 se sont terminées par des fausses couches et dont 3 autres ont donné naissance à des enfants qui sont morts au cours de leur première année. Trois survivants dont Marie D... est l'aînée. Bonne constitution. — Comme antécédents morbides, rougeole, varicèle, scarlatine, diphtérie. — A 9 ans chute sur l'occiput, sans accidents consécutifs. — Peu de temps après, invasion des symptômes de l'affection actuelle, sous forme de troubles urinaires (incontinence d'urine nocturne et diurne, miction lente et difficile). — Puis incontinence des matières fécales, symptôme qui a disparu depuis neuf mois. — Plus tard perte de la connaissance. — Céphalée occipitale. — Ptosis. — Diplopie. — Abaissement progressif de l'acuité visuelle... Douleurs en ceinture. — Douleurs fulgurantes dans les bras et jambes. — Symptômes de paresthésie. — Abolition complète des réflexes rotuliens.

OBSERVATION XIX

*Hérédo-syphilis. Pseudo-tabes. Incontinence d'urine.
Traitement inconnu.*

A. Fournier, *loc.cit.* — Extrait et résumée de Remak. — id°.

Ernest B..., 18 ans, né d'un père syphilitique qui présente actuellement divers signes non douteux de tabes. Débile depuis son enfance. — Peu de temps après sa naissance accidents peu douteux en temps que manifestations d'hérédité spécifique. (coryza, boutons sur la tête et le corps). Depuis 3 ans, incontinence urinaire nocturne. Depuis 2 ans douleurs dans les incisives. Signe de Romberg.

Anesthésie au toucher et à la douleur, principalement à la face interne des cuisses.

Abolition complète des réflexes rotuliens.

OBSERVATION XX

(Personnelle)

Emile Leb..., 11 ans, amené à la consultation de l'hôpital Hérold le 14 mai 1903 pour incontinence d'urine.

Evolution antérieure. — L'enfant est venu à terme et n'a jamais présenté aucune éruption, au dire de la mère, qui cependant ne peut préciser, car l'enfant a été élevé à la campagne par une nourrice — A l'âge de 2 ans il a eu une pneumonie, suivie d'une éruption « de clous », dit la mère, éruption sur la nature de laquelle il est impossible d'obtenir de renseignements plus précis. — Depuis ce moment l'enfant n'a jamais été bien portant et à l'âge de 4 ans, l'incontinence actuelle a fait son apparition, par accès intermittents d'abord, puis n'ayant fait que s'accroître depuis et devenue maintenant continue, en dépit de tous les traitements, (bains, douches, électrisation, bromure, belladone, etc.).

Parfois les besoins sont impérieux et fréquents. — D'autres fois au contraire l'enfant s'aperçoit simplement que sa chemise est mouillée. Le passage de l'urine n'est absolument pas senti.

Les urines sont normales.

Pas de malformations.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés au sujet de la famille nous a fourni les renseignements suivants :

Le père dit être en bonne santé ; mais il lui arrive fréquemment de perdre connaissance, de tomber et à ce moment il a de l'écume aux lèvres ; de plus il présente des stigmates d'alcoolisme (cauchemars, pitiuites, tremblement). La mère en bonne santé, se plaint de violents

maux de tête depuis son mariage ; elle est fréquemment enrôlée. Elle a eu 10 enfants dont trois seulement sont vivants :

- 1° Un garçon de dix-neuf ans de constitution faible ;
- 2° Le malade ;
- 3° Un petit garçon de cinq ans en bonne santé.

Sept sont morts, quatre venus avant terme au 7^e mois, dont un macéré ; trois sont venus à terme, mais mort-nés.

L'examen de l'enfant nous a permis les constatations suivantes :

L'aspect général est celui d'un débile ; la taille de 1^m28. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes, les oreilles larges et décollées.

On constate une asymétrie faciale nette ; tous les traits du côté droit sont abaissés. — Le nez est large et aplati.

La voûte palatine est ogivale.

Les dents sont petites, mal plantées ; les incisives et canines des deux mâchoires sont pourvues d'échancrures et de stries longitudinales.

L'enfant ne présente pas de troubles digestifs, le foie et la rate sont normaux.

Rien à signaler du côté des appareils respiratoire et circulatoire.

Troubles nerveux. — L'enfant éprouve de la lassitude dans les membres inférieurs. — La démarche est spasmodique. — La contracture des membres inférieurs est assez nette, principalement quand on veut soulever un membre.

La sensibilité est normale.

Les réflexes sont exagérés.

L'intelligence est normale. — L'enfant accuse enfin depuis quelque temps de violents maux de tête qui lui font passer les nuits blanches.

Devant ces symptômes, on ordonne des injections sous-cutanées avec la même solution que pour l'enfant n° XIV.

Ces injections sont faites régulièrement les 16, 19, 22 25, 28, 1^{er} juin et 4 juin.

A ce moment les troubles nerveux ont diminué, et les réflexes sont forts, mais non plus exagérés. D'autre part l'incontinence d'urine est moins fréquente; et le malade sent le passage de l'urine.

Après un repos de 15 jours, le traitement est repris et l'on fait une demi-injection (1^{cc}) pendant la durée d'un mois, tous les trois jours.

Au bout de ce temps, les besoins d'uriner étaient encore fréquents et assez impérieux, mais il n'y avait plus aucune incontinence. — Les réflexes de leur côté étaient redevenus sensiblement normaux.

OBSERVATION XXI.

(Personnelle).

Louise Cot. . . , 13 ans 1/2, amenée le 14 janvier 1904 à l'hôpital Hérold, pour incontinence d'urine.

Évolution antérieure — L'enfant est venue à terme; elle a présenté une éruption vers l'âge de 3 semaines. Elle s'est néanmoins très bien portée jusqu'à l'âge de 10 ans. Depuis ce moment, elle s'est mise à dépérir. Depuis cinq mois elle se plaint de maux de tête violents, de bouffées de chaleur, d'éblouissements, en un mot de signes de congestion céphalique, sans qu'on puisse attribuer ces troubles à la puberté, car la malade est réglée depuis près de deux ans et demi.

Depuis l'âge de cinq ans, elle urine sous elle le jour comme la nuit. Les besoins sont fréquents et impérieux ; mais l'enfant n'a même pas le temps de les satisfaire que l'urine commence à s'écouler malgré elle ; elle ne sent d'ailleurs que l'urine s'est écoulée que parce qu'elle se sent mouillée.

Antécédents héréditaires. — Le père est en bonne santé, mais a été soigné au moment de son service militaire pour une maladie vénérienne (?).

La mère a eu 7 enfants dont 3 seulement à terme.

Les deux autres enfants sont vivants et en bonne santé.

L'examen de l'enfant nous montre les faits suivants :

L'enfant est malingre et chétive. Cependant la taille à peu près moyenne ; on note sur l'abdomen près du pubis une cicatrice blanche entourée d'une auréole brune. De même au niveau de la région sus-hyoïdienne, il y a une cicatrice blanche déprimée de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. La mère interrogée au sujet de ces cicatrices ne peut nous fournir aucun renseignement.

La voûte palatine est ogivale.

Les dents sont petites et mal plantées, mais sans déformations caractéristiques.

Enfin la crête du tibia droit est douloureuse et empâtée à la palpation, avec un peu de rougeur et des téguments à ce niveau.

Rien à signaler du côté des différents appareils.

Troubles nerveux. — L'enfant ne peut pas faire une longue marche. Elle accuse des fourmillements dans les membres inférieurs.

La sensibilité est normale.

Les réflexes sont très diminués.

L'intelligence est assez vive. Comme nous l'avons vu plus haut, l'enfant souffre de fréquents maux de tête.

Pensant à de la syphilis héréditaire, on ordonne la liqueur de Van Swéiten à la malade et on lui recommande de revenir dans trois semaines. Mais des circonstances particulières l'ayant obligé à quitter Paris, nous ne la revoyons que le 2-avril 1904. — Elle n'a suivi le traitement prescrit que très irrégulièrement.

Cependant, l'incontinence d'urine est moins fréquente, et avec un effort de volonté, la malade parvient à l'éviter. Elle sent un peu le passage de l'urine. Cependant les réflexes demeurent abolis. La tuméfaction signalée au niveau de la crête du tibia a disparu.

Malgré nos conseils, nous n'avons pas revu cette malade qui ne s'est plus présentée à notre examen par la suite.

OBSERVATION XXII.

Héredo-syphilis — Incontinence urinaire, puis fécale, troubles mentaux.

Macilwaine — British Medical Journal. 13 juin 1901.

Un homme prend la syphilis entre 20 et 25 ans et se traite insuffisamment. Il reste jusqu'à 43 ans en bonne santé, sauf un peu d'alcoolisme ; il présente alors des signes d'insuffisance aortique et d'insuffisance mitrale. Marié à 35 ans, il n'a jamais infecté sa femme. Il a 2 garçons, tous deux un peu faibles et rachitiques. L'aîné entra en pension à 8 ans et peu après sa santé commença à décliner ; il eut

de l'incontinence urinaire, puis de l'incontinence fécale,
enfin des troubles mentaux.

VU : *le Président de Thèse,*
ERNEST GAUCHER.

VU : *le Doyen,*
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Augagneur.** — Etudes sur la syphilis héréditaire tardive. Lyon, 1879.
- Beaudoin.** — *Archives de Dermatologie et syphiligraphie*. Paris, 1898.
- Berdal.** — *Traité de la syphilis*.
- Boulloche.** — Paraplégies d'origine syphilitique. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Paris, 1891.
- Darier.** — Syphilis médullaire, dans le *Manuel de Médecine de Debove et Achard*. Paris.
- Descroizilles.** — Etude sur l'incontinence d'urine chez les enfants. *Revue générale de clinique et thérapeutique*. Paris, 1889.
- Dieulafoy.** — *Manuel de pathologie interne*.
- A. Fournier.** — Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
- A Fournier.** — Syphilis héréditaire tardive. *Union médicale*.
- E. Fournier.** — Stigmates de l'hérédo-syphilis. Paris, 1898.
- Freud.** — Symptôme accompagnant fréquemment l'incontinence d'urine chez les enfants. *Semaine Médicale*.
- Friedmann.** — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunden*. 1893.
- Gasne.** — Syphilis médullaire héréditaire. Thèse de Paris, 1897.
- — Syphilis médullaire héréditaire. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Paris, 1896.
- Gilbert et Lion.** — Pluralité des lésions de la syphilis médullaire. Société de Biologie. 22 avril 1893.
- Gilles de la Tourette.** — Syphilis héréditaire de la moelle épinière. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1896.
- Guyon.** — Incontinence d'urine chez les enfants. *Journal de Médecine de Paris*, 1897.
- Gressent.** — Manifestations tardives de la syphilis héréditaire.
- Heresco et Druelle.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1899.
- Hutchinson et Jackson.** — *The Medical Times and Gazette*. 1860.
- Jasinski.** — Ueber syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule. *Arch. für Derm und Syphil.*, 1891.
- Lamy.** — Méningo-myélite syphilitique. Thèse de Paris, 1893.

Marie. — Syphilis médullaire. *Semaine médicale*, 1895.

Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Paris, 1890.

Mondière. — Mémoire sur l'incontinence d'urine. *Presse médicale*, 1887.

Macilwaine. — *British Medical Journal*, 13 juin 1901.

Siemerling. — Zur Lehre von der congenitalen Hirn und Rückenmarks syphilis, 1889.

Sottaz (Jules). — Paralysies spinales syphilitiques. Paris, 1894.

Traité de médecine.